

Rahmenvertrag

über die Leistungserbringung und Abgabe von Heilmitteln nach § 32 SGB V in Kurbetriebe
(Einrichtungen in denen Heilmittel und ortsspezifische Anwendungen abgegeben werden)

vom 01.08.2018 in Baden-Württemberg

zwischen

dem **Heilbäderverband Baden-Württemberg e. V.**
Esslinger Straße 8, 70182 Stuttgart

- nachstehend Heilbäderverband genannt -

und

den **Ersatzkassen**

- **Techniker Krankenkasse (TK)**
- **BARMER**
- **DAK-Gesundheit**
- **Kaufmännische Krankenkasse – KKH**
- **Handelskrankenkasse (hkk)**
- **HEK – Hanseatische Krankenkasse**

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch die Leiterin der Landesvertretung Baden-Württemberg

dem **BKK Landesverband Süd,**
Regionaldirektion Baden-Württemberg,
Stuttgarter Straße 105 , 70806 Kornwestheim

- vertreten durch den Vorstand der IKK classic –

der **IKK classic**
Tannenstraße 4 b, 01099 Dresden

der **KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion München -**
Putzbrunner Straße 73, 81739 München

- nachfolgend Krankenkassen genannt -

INHALTSVERZEICHNIS

§ 1	Geltungsbereich	Seite 4
§ 2	Gegenstand und Bestandteil des Vertrages	Seite 4
§ 3	Art, Umfang und Abgabe der Leistungen	Seite 5
§ 4	Abgabe von Heilmitteln, Art und Umfang der abzugebenden Leistungen	Seite 5
§ 5	Organisatorische Voraussetzungen	Seite 7
§ 6	Vertretung	Seite 8
§ 7	Wahl des Kurbetriebes	Seite 9
§ 8	Maßnahmen zur Qualitätssicherung	Seite 9
§ 9	Strukturqualität	Seite 9
§ 10	Prozessqualität	Seite 10
§ 11	Ergebnisqualität	Seite 10
§ 12	Aufbewahrungsfrist	Seite 10
§ 13	Datenschutz	Seite 11
§ 14	Vergütung	Seite 11
§ 15	Abrechnungsregelung	Seite 12
§ 16	Wirtschaftlichkeitsprüfung	Seite 13
§ 17	Vertragspartnerschaft	Seite 14
§ 18	Vertragsverstöße, Regressverfahren	Seite 14
§ 19	Salvatorische Klausel	Seite 15
§ 20	Inkrafttreten und Kündigung	Seite 16

INHALTSVERZEICHNIS

Anlagen

- Anlage 1: Beitrittserklärung
- Anlage 2: Verpflichtungserklärung
- Anlage 3: Einrichtungsregelungen Physikalische Therapie/Ergotherapie
- Anlage 4: Zulassungsvoraussetzungen
- Anlage 5: Preisvereinbarung nach § 125 Absatz 2 SGB V

sowie evtl. schriftlich vereinbarte Protokollnotizen sind unabdingbarer Bestandteil dieses Vertrages.

Auch die Heilmittel-Richtlinie, die Rahmenempfehlungen Physiotherapie und Ergotherapie, die Zulassungsempfehlungen und die Richtlinien nach § 302 SGB V sind Bestandteil dieses Vertrages (§ 2), soweit dieser nichts Abweichendes regelt.

§ 1 Geltungsbereich

Dieser Vertrag gilt:

Für die Krankenkassen:

- a) Für die im Rubrum genannten Ersatzkassen.
- b) Die Betriebskrankenkassen, die die IKK classic im Rahmen der BKK-IKK Arbeitsgemeinschaft Vertragspartnerservice Baden-Württemberg zu diesem Vertragsabschluss bevollmächtigt haben. Weitere Betriebskrankenkassen können auch nach dem Zeitpunkt dieses Vertragsabschlusses Vollmachten erteilen. Mit Vollmachtserteilung erkennen sie gleichzeitig den vorliegenden Vertrag rückwirkend an. Zur Information, welche Betriebskrankenkassen zum jeweiligen Zeitpunkt Vertragspartner sind, werden den Vertragspartnern im Internet unter www.bkk-sued.de bekannt gegeben.
- c) Die Bevollmächtigung durch die Betriebskrankenkassen zum Vertragsabschluss im Rahmen der BKK-IKK Arbeitsgemeinschaft Vertragspartnerservice Baden-Württemberg und damit der Vertragsinhalt gelten nur für Leistungserbringungen innerhalb Baden-Württemberg und dem Wohnort des Versicherten.
- d) Die IKK classic.
- e) KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München.

Für die Mitglieder des Heilbäderverbandes und deren angeschlossene Kurbetriebe, wenn sie die Beitrittserklärung gemäß **Anlage 1** und die Verpflichtungserklärung gemäß **Anlage 2** unterzeichnet haben. Eine Bestätigung des Heilbäderverbandes ist erforderlich. Eine aktuelle Liste der Mitglieder und deren angeschlossenen Kurbetriebe werden den Krankenkassen alle zwei Jahre jeweils zum Jahresende zur Verfügung gestellt.

§ 2 Gegenstand und Bestandteil des Vertrages

Dieser Vertrag regelt:

- a) die Voraussetzungen für die Abgabe von Heilmitteln nach § 32 Abs. 1 SGB V an Versicherte durch zugelassene Kurbetriebe.
- b) Art und Umfang der abgegebenen Leistungen.
- c) Rechte und Pflichten der Vertragspartner.
- d) die Folgen von Vertragsverstößen.
- e) Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung, welche die Qualität der Therapie, der Versorgungsabläufe und der Therapieergebnisse umfassen.
- f) Die Vergütung der physikalischen und ergotherapeutischen Leistungen nach § 32 SGB V.

Die Heilmittel-Richtlinie und die Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, die Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V und die Zulassungsempfeh-

lungen nach § 124 Abs. 4 SGB V in den jeweils geltenden Fassungen müssen bei der Abgabe von Heilmitteln durch zugelassene Kurbetriebe nach § 124 Abs. 1 SGB V beachtet werden. Diese Richtlinien und Empfehlungen stehen unter www.gkv-spitzenverband.de zur Verfügung.

§ 3

Art, Umfang und Abgabe der Leistungen

1. Art und Umfang der Leistungen bestimmt der Vertragsarzt/Zahnarzt. Zur Abgabe dieser Leistungen ist der Kurbetrieb im Rahmen der Anlagen 1ff der jeweiligen Rahmenempfehlungen nach § 125 Absatz 1 SGB V zur Durchführung berechtigt und verpflichtet.
2. Die Ausführung vertragsärztlich/vertragszahnärztlich verordneter Leistungen nach Ziffer 1 ist nur gestattet, wenn sich die Zulassung auf jede der verordneten Leistungen erstreckt.
3. Die Durchführung einer Behandlung darf nur von qualifiziertem Fachpersonal des Kurbetriebes und in zugelassenen Kurbetrieben erfolgen.
4. Der Kurbetrieb gewährleistet, dass die Versicherten aller gesetzlichen Krankenkassen nach gleichen Grundsätzen behandelt werden.
5. Die Leistungen sind ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Sie haben dem nach § 70 SGB V allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Es ist darauf zu achten, dass die Leistungen nur in notwendigem Umfang in Anspruch genommen werden.

§ 4

Abgabe von Heilmitteln, Art und Umfang der abzugebenden Leistungen

1. Vertragsleistungen nach den Anlagen 1ff der jeweiligen Rahmenempfehlungen nach § 125 Absatz 1 SGB V dürfen nur ausgeführt werden, wenn sie von einem Vertragsarzt/Vertragszahnarzt verordnet sind (Verordnungsmuster 13 /Z13). Für die notwendigen Angaben auf einer Verordnung sind der jeweiligen HM-Richtlinie zu entnehmen.
2. Die vertragsärztliche oder die vertragszahnärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
3. Diagnose, Art und Anzahl der Leistungen ergeben sich aus der vom Vertragsarzt/Vertragszahnarzt ausgestellten Verordnung. Die vertragsärztliche oder die vertragszahnärztliche Verordnung kann nur ausgeführt werden, wenn diese für die Behandlung erforderlichen Informationen enthalten sind.
4. In seltenen medizinischen Fällen kann vom Vertragsarzt/Vertragszahnarzt eine Doppelbehandlung verordnet werden. Durch die Verordnung von Doppelbehandlungen erhöht sich die im Heilmittelkatalog genannte diagnosebezogene "Verordnungsmenge im Regelfall" nicht.

5. Die empfangene Maßnahme ist vom Kurbetrieb auf der Rückseite der Verordnung verständlich darzustellen und am Tage der Leistungsabgabe dort vom Versicherten (nachfolgend Patient genannt) oder einer legitimierten Person durch Unterschrift einzeln zu bestätigen. Bestätigungen der gesamten Verordnungsmenge gemäß der Verordnung des behandelnden Vertragsarztes/Vertragszahnarztes sind nicht zulässig.
6. Der Kurbetrieb und sein qualifiziertes Fachpersonal kooperieren im Interesse einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Heilmitteln mit dem verordnenden Vertragsarzt/Vertragszahnarzt. Dies gilt für den Beginn, die Durchführung und den Abschluss der Heilmittelbehandlung.
7. Der Kurbetrieb ist nicht berechtigt, vertragsärztliche/vertragszahnärztliche Verordnungen außer nach Ziffer 7 zu ändern oder zu ergänzen, es sei denn, es wurde zuvor telefonische Rücksprache mit dem zuständigen Vertragsarzt/Vertragszahnarzt genommen und von dort genehmigte Änderungen der Verordnung werden mit Datum und Handzeichen des Kurbetriebes auf dem Verordnungsblatt vermerkt.

a) Bei Beginn der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:

Für den Beginn der Behandlung ist die Verordnung des Vertragsarztes/Vertragszahnarztes maßgebend. Fehlt eine solche Angabe in der Verordnung, beginnt die Erstbehandlung innerhalb von 14 Kalendertagen nach Verordnung durch den Vertragsarzt/Vertragszahnarzt. Kann die Heilmittelbehandlung in dem genannten Zeitraum nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Dies ist nicht der Fall, wenn im begründeten Ausnahmefall zwischen Vertragsarzt/Vertragszahnarzt und Kurbetrieb eine abweichende Regelung getroffen wurde, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert. Die einvernehmliche Änderung ist vom Kurbetrieb auf dem Verordnungsblatt zu begründen, mit Datum und Handzeichen zu versehen und zu dokumentieren. Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Teils der Verordnung, der für die Abrechnung mit den Krankenkassen bestimmt ist.

Ergibt sich aus der Befunderhebung durch den Kurbetrieb, dass die Erreichung des vom verordnenden Vertragsarzt/Vertragszahnarzt benannten Therapieziels durch ein anderes Heilmittel besser erreicht werden kann, hat der Kurbetrieb darüber unverzüglich den Vertragsarzt/Vertragszahnarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren, um eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans abzustimmen und ggf. eine neue Verordnung zu erhalten.

Hat der verordnende Vertragsarzt/Vertragszahnarzt Gruppentherapie verordnet und kann die Maßnahme aus Gründen, die der Vertragsarzt/Vertragszahnarzt nicht zu verantworten hat, nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat der Kurbetrieb den Vertragsarzt/Vertragszahnarzt zu informieren und die Änderung auf dem Verordnungsblatt zu begründen und mit Datum und Handzeichen zu versehen. Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Teils der Verordnung der für die Abrechnung mit den Krankenkassen bestimmt ist.

b) Für die Behandlungsunterbrechung / Behandlungsdurchführung gilt folgendes:

Für die Abstände zwischen den einzelnen Leistungen (Behandlungsintervalle) ist ebenfalls die Verordnung des Vertragsarztes/Vertragszahnarztes maßgebend. Bei der Behandlungsserie darf das Behandlungsintervall zwischen den einzelnen Behandlungstagen 14 Kalendertage nicht überschreiten, es sei denn, der voraussichtliche Therapieerfolg veranlasst andere Behandlungszeiten zu wählen. Wird die Behandlung länger als 14 Kalendertage unterbrochen, verliert die Verordnung für die noch nicht durchgeführten Behandlungen ihre Gültigkeit. Dies gilt nicht in den folgenden begründeten Ausnahmefällen: thera-

peutisch indizierte Behandlungsunterbrechung in Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt/Vertragszahnarzt (T), Krankheit (auch Kur- und Krankenhausaufenthalt) des Patienten (bzw. dessen Erziehungsberechtigten) oder des behandelnden Kurbetriebes (K) und Ferien bzw. Urlaub des Patienten/Kurbetriebes (F). Der Kurbetrieb begründet der Krankenkasse die Überschreitung der Zeitintervalle mit den standardisierten Begründungsvermerken unter Hinzufügung des Datums und des Handzeichens auf dem Verordnungsblatt. Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Teils der Verordnung, der für die Abrechnung mit den Krankenkassen bestimmt ist.

Sind auf dem Verordnungsblatt Angaben zur Frequenz der Heilmittelbehandlung gemacht, ist eine Abweichung davon nur zulässig, wenn zuvor zwischen Vertragsarzt/Vertragszahnarzt und Kurbetrieb ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung ist vom Kurbetrieb auf dem Verordnungsvordruck mit Datum und Handzeichen zu versehen und zu dokumentieren. Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Teils der Verordnung, der für die Abrechnung mit den Krankenkassen bestimmt ist.

Ergibt sich bei der Durchführung der Behandlung, dass mit dem verordneten Heilmittel voraussichtlich das Therapieziel nicht erreicht werden kann oder dass der Patient in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Behandlung reagiert, hat der Kurbetrieb darüber unverzüglich den Vertragsarzt/Vertragszahnarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und die Behandlung zu unterbrechen. Die einvernehmliche Änderung des Therapieziels ist vom Kurbetrieb auf dem Verordnungsblatt mit Datum und Handzeichen zu versehen und zu dokumentieren. Soll die Behandlung mit einer anderen Maßnahme fortgesetzt werden, ist eine neue Verordnung erforderlich.

Wird im Verlauf der Heilmittelbehandlung das angestrebte Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Behandlung zu beenden.

c) Für den Abschluss der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:

Der Kurbetrieb unterrichtet auf Wunsch des behandelnden Vertragsarztes/Vertragszahnarztes jeweils nach Abschluss einer Behandlungsserie gemäß dem Verordnungsvordruck schriftlich über den Stand der Therapie. Eine prognostische Einschätzung hinsichtlich der Erreichung des Therapieziels sowie ggf. aus dem Behandlungsverlauf resultierende Vorschläge zur Änderung des Therapieplans sind abzugeben, sofern der Kurbetrieb die Fortsetzung der Therapie für erforderlich hält.

8. Der Kurbetrieb darf den Vertragsarzt/Vertragszahnarzt nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in seiner Ordnungsweise beeinflussen.
9. Für Leistungen auf der Basis einer ungültig gewordenen Verordnung im Sinne der Ziffern 7 a und 7 b besteht kein Vergütungsanspruch.

§ 5

Organisatorische Voraussetzungen

1. Der Kurbetrieb hat einen fachlichen Leiter ganzjährig zu beschäftigen oder die Behandlung der Versicherten durch entsprechend qualifiziertes Fachpersonal sicherzustellen. Bei einem Wechsel der Person der fachlichen Leitung ist für den Nachfolger den zulassenden Stellen eine neue Verpflichtungserklärung zu übersenden.

Hiervon ausgenommen sind Zeiten von Krankheit, Urlaub oder beruflicher Fortbildung bis zur Dauer von 8 Wochen.

2. Der Kurbetrieb ist verpflichtet, Leistungen nach diesem Vertrag durch qualifiziertes Fachpersonal (**Anlage 4 Ziffer 1 a**) sicherzustellen.
3. Die zuständigen Stellen sind über den Beginn und die Beendigung des fachlichen Leiters unverzüglich schriftlich zu informieren. Hierbei sind die Voraussetzungen (**Anlage 4 Ziffer 1 a**), Zertifikatsleistung/en sowie ggf. die zusätzlichen Behandlungsräume und -flächen (**Anlage 3**) nachzuweisen.
4. Der Kurbetrieb ist auf Anforderung verpflichtet, den zuständigen Stellen (**Anlage 4 Ziffer 2 a**) innerhalb von zwei Wochen das im Kurbetrieb beschäftigte, qualifizierte Fachpersonal sowie freie Mitarbeiter schriftlich zu melden sowie deren Qualifikation/en und deren wöchentlich vereinbarte Arbeitszeit nachzuweisen.
5. Als Mitarbeiter gelten auch Praktikanten im Sinne des § 7 des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG) vom 26.05.1994, sofern der Kurbetrieb zur Ausbildung von Praktikanten berechtigt ist und die Praktikanten unter Aufsicht des Kurbetriebes oder eines von ihm zur Ausbildung bestimmten, fachlich qualifizierten Ausbilders tätig sind. Dies gilt auch für Mitarbeiter, die eine anderweitige physiotherapeutische Ausbildung nachweisen und die im Rahmen eines sog. Gleichstellungsverfahrens nach Vorgaben des zuständigen Regierungspräsidiums eine praktische Tätigkeit zurücklegen müssen.
6. Der Einsatz von Schülern im Sinne des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz - MPhG) vom 26.05.1994 im Rahmen derer praktischen Ausbildung ist unter der Voraussetzung zulässig, dass
 - a) der zugelassene Kurbetrieb den Nachweis erbringt, mit der Physiotherapie-/ Massageschule einen schriftlichen Vertrag hinsichtlich der praktischen Ausbildung von Physiotherapie- bzw. Massageschülern geschlossen zu haben,
 - b) der zugelassene Kurbetrieb entsprechend den Vorgaben des zuständigen Regierungspräsidiums besondere räumliche und sächliche Voraussetzungen erfüllt,
 - c) der Schüler unter ständiger Aufsicht und Anwesenheit des zugelassenen Kurbetriebes oder eines zur Ausbildung bestimmten und entsprechend fachlich qualifizierten Ausbilders tätig wird.
7. Der Kurbetrieb hat die Praxisräume bzw. -flächen nach den Einrichtungsregelungen (**Anlage 3**) nachzuweisen und ständig für die Behandlung der Versicherten der Krankenkassen bereit zu halten.

§ 6 Vertretung

1. Der fachliche Leiter kann bis zur Dauer von sechs Monaten bei Verhinderung durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung sowie bei Schwangerschaft/Mutterschaft entsprechend der Dauer des Mutterschutzes/Erziehungsurlaubes nach dem Mutterschutzgesetz/Bundeserziehungsgeldgesetz oder entsprechende Regelungen der Bundesländer in seiner Tätigkeit als fachlicher Leiter vertreten werden. Der Vertreter muss persönlich die Voraussetzungen nach **Anlage 4 Ziffer 1 a** erfüllen. Die zuständigen Stellen sind zuvor über die Vertretung und den entsprechenden Zeitraum mit den Nachweisen über die Qualifikation des Vertreters schriftlich zu informieren.

2. Vertretungen über die in Ziffer 1 geregelte Zeiträume hinaus bedürfen der Zustimmung der zuständigen Stellen. Sie sind grundsätzlich sechs Wochen im Voraus schriftlich zu beantragen. Der Kurbetrieb hat die Personalien und die voraussichtliche Dauer der Vertretung mitzuteilen und nachzuweisen, dass der Vertreter die Voraussetzungen nach Anlage 4 Ziffer 1 a erfüllt.
3. Der Kurbetrieb haftet für die Tätigkeit des Vertreters nach Ziffer 1 und 2 im gleichen Umfang wie für die Tätigkeit des fachlichen Leiters.

§ 7 Wahl des Kurbetriebes

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

§ 8 Maßnahmen zur Qualitätssicherung

1. Der fachliche Leiter hat sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation im Rahmen der Anlagen 1ff der jeweiligen Rahmenempfehlungen nach § 125 Absatz 1 SGB V fortzubilden. Der Nachweis über die absolvierten Fortbildungen ist den zuständigen Stellen auf Anforderung vorzulegen.
2. Vom 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. Die gilt bei Wiederholungsfällen von Beginn an.
3. Der Kurbetrieb ist verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen, die Qualitätssicherungsmaßnahmen der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) werden anerkannt. Es können grundsätzlich auch weitere Qualitätssicherungen außer der DRV anerkannt werden.
4. Die zuständigen Stellen (Anlage 4 Ziffer 2 a) sind jederzeit berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus diesem Rahmenvertrag ergebenden Pflichten zu prüfen.

§ 9 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 Therapiegesehen.

§ 10 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 Vertragsarzt/Vertragszahnarzt,
 - Orientierung der Behandlung an der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik), am Therapieziel und der Belastbarkeit des Versicherten,
 - Anwendung des verordneten Heilmittels,
 - Behandlung nach der Leistungsbeschreibung sowie
 - Dokumentation des Behandlungsverlaufs (Abs. 4).
3. Der Kurbetrieb sollte darüber hinaus bereit sein,
 - eine Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Behandlung Beteiligten herbeizuführen,
 - Patienten und deren Angehörige im Einzelfall zu beraten und
 - sich z.B. an Case-Managements und an Qualitätszirkeln (insbesondere auch mit Ärzten) zu beteiligen.
4. Der Kurbetrieb hat auf Wunsch des verordnenden Vertragsarztes/ Vertragszahnarzt für jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdokumentation der Leistungsbeschreibung zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben. Die Verlaufsdokumentation ist Bestandteil der Behandlung.

§ 11 Ergebnisqualität

Ergebnisqualität ist als Zielerreichungsgrad durch Maßnahmen der Heilmittelbehandlung zu verstehen. Im Behandlungsverlauf ist das Ergebnis der Heilmittelbehandlung anhand der Therapieziele in Abgleich zu den verordneten und durchgeführten Heilmittelleistungen regelmäßig zu überprüfen. Zu vergleichen ist die Leitsymptomatik bei Beginn der Behandlungsserie mit dem tatsächlich erreichten Zustand am Ende der Behandlungsserie unter Berücksichtigung des Therapieziels gemäß der vertragsärztlichen Verordnung sowie des Befindens und der Zufriedenheit des Patienten.

§ 12 Aufbewahrungsfrist

Die Verlaufsdokumentation (§ 10 Abs. 4) ist vier Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Der Kurbetrieb hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten.

§ 13 Datenschutz

1. 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/Vertragszahnarzt, 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 Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses und der Schweigepflicht bleibt auch nach Ende des Vertragsverhältnisses bestehen.
2. Insbesondere sind die §§ 35, 37 SGB I, § 284ff SGB V, die §§ 67 bis 85a SGB X, das BDSG und die EU-DSGVO zu beachten.

§ 14 Vergütung

1. Die Vergütung der vertraglich erbrachten Leistungen erfolgt nach der Preisvereinbarung (**Anlage 5**) in der jeweils geltenden Fassung.
2. Für die Kündigung der Preisvereinbarung gilt die jeweils vereinbarte Frist. Wird die Preisvereinbarung gekündigt, gelten die vereinbarten Preise bis zum Abschluss einer neuen Preisvereinbarung weiter. Der Heilbäderverband sowie die Krankenkassen verpflichten sich zum Abschluss jeweils zeitnaher neuer Preisvereinbarungen. Die Vergütung wird grundsätzlich für einen zukünftigen Zeitraum vereinbart.
3. Vom Patienten dürfen mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung (§ 32 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 61 Satz 3 SGB V) keine Zuzahlungen verlangt werden. Zahlt der Patient trotz gesonderter, schriftlicher Aufforderung durch den Leistungserbringer die Zuzahlung nicht, hat die zuständige Stelle die Zuzahlung einzuziehen (§ 43 c SGB V).

Für ergotherapeutische temporäre Schienen, die im Rahmen einer ambulanten ergotherapeutischen Behandlung verordnet, abgegeben und abgerechnet werden, ist vom Versicherten kein Eigenanteil zu leisten.

Ausgenommen hiervon sind die Heilmittelpositionsnummern:

X03 05 Behandlungsdauer 20 bis 30 Minuten
X04 02 Behandlungsdauer 20 bis 30 Minuten
X04 05 Behandlungsdauer 20 bis 30 Minuten
X09 02 Behandlungsdauer 20 bis 30 Minuten
X10 04 Behandlungsdauer 20 bis 30 Minuten
X10 05 Behandlungsdauer 20 bis 30 Minuten

Bei diesen Leistungen wird grundsätzlich eine Aufenthaltsdauer im Badebereich (einschließlich Aus- und Ankleiden) von 60 Minuten von den Krankenkassen vergütet.

4. Wünscht der Versicherte einen längeren Aufenthalt, hat der Kurbetrieb den Versicherten über die zusätzlichen Kosten vorab schriftlich zu informieren.

§ 15 Abrechnungsregelung

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. Der Richtlinien text nach § 302 SGB V steht unter www.dkv-datenaustausch.de zur Verfügung.
2. Die Abrechnung erfolgt nach Abschluss der Behandlung unter Vorlage der Originalverordnungen.
3. Leistungen, die von qualifiziertem Fachpersonal sowie von freien Mitarbeitern erbracht werden, können als Behandlungen des Kurbetriebes abgerechnet werden.
4. Der Kurbetrieb haftet für die von qualifiziertem Fachpersonal sowie von freien Mitarbeitern erbrachten Leistungen. Er hat sich dafür regelmäßig den erforderlichen Überblick über den Ablauf zu verschaffen.
5. Für alle im Vormonat abgeschlossenen Behandlungen soll einmal monatlich die Abrechnung erstellt und den von den Krankenkassen benannten Daten- und Papierannahmestellen eingereicht werden.
6. Die Begleichung der Rechnung erfolgt innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen. Die Frist beginnt mit Eingang aller Abrechnungsunterlagen bei der jeweils zuständigen Krankenkasse. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.
7. Maßgeblich für die Berechnung des Verzugs ist der Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen. Die zur Abrechnung eingereichten Verordnungen müssen vollständig ausgefüllt sein (insbesondere sei auf die Felder oben rechts sowie das Abgabedatum und die Unterschrift des Empfangsberechtigten hingewiesen). Zusammengehörige Abrechnungsunterlagen müssen in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang geliefert werden (in der Regel längstens zwei Wochen).
8. Dem Kurbetrieb der beauftragten Abrechnungsgesellschaft obliegt die Beweis pflicht für die ordnungsgemäße Anlieferung des Datenträgers bzw. Ersatzbelegs und Verordnungen bei der Krankenkasse.
9. Eine Abtretung oder Verpfändung von Forderungen des Kurbetriebes gegen die Krankenkasse ist unzulässig. Ausgenommen davon sind Abtretungen an Abrechnungsstellen.
10. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Es gelten die gesetzlichen Verjährungsfristen.
11. Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesseuchengesetz (BSeuchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie für Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform auf Anforderung der Krankenkasse zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

12. 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 hinterlegter Institutionskennzeichen oder Bankverbindungen Zahlungen nicht an den Leistungserbringer erfolgen, kann die Krankenkasse für die hierdurch entstehenden finanziellen Schäden nicht haftbar gemacht werden.

13. Werden die der Krankenkasse zu übermittelnden Daten nicht im Wege elektronischer Datenübertragung übermittelt, wird die Krankenkasse – sofern der Grund beim Abrechner liegt – einen Verwaltungskostenabschlag von 5 v. H. des Rechnungsbetrages durch eine pauschale Rechkungskürzung in Abzug bringen.

Erfolgt eine nicht maschinell verwertbare Abrechnung, hat der Leistungserbringer bei der Abrechnung die Vorgaben des § 2 Abs. 1 der Richtlinien zum Datenträgeraustausch nach § 302 SGB V zwingend zu berücksichtigen und die Papierrechnung mit den Inhalten gemäß § 5 und 6 der Richtlinien zu übermitteln. Abrechnungen, die nicht den Richtlinien entsprechen, werden von der Krankenkasse abgewiesen.

14. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, bei der Abrechnung u. a. die Versichertennummer, die 5-stellige Positionsnummer, den Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS) – 28 01 500 für die Heilmittel der physikalischen Therapie und für die Heilmittel der Ergotherapie – sowie den Preis anzugeben.

§ 16 Wirtschaftlichkeitsprüfung

1. Die Krankenkassen können Maßnahmen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit einleiten.
2. Die Krankenkassen teilen dem zugelassenen Kurbetrieb die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung rechtzeitig mit. Auf Wunsch des Kurbetriebes ist der Heilbädeverband hinzuzuziehen.
3. Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist einem von den Krankenkassen bestellten Sachverständigen innerhalb der Öffnungszeiten Zugang zu gewähren.
4. Der Kurbetrieb hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hierzu zählen insbesondere die Angaben nach § 124 Abs. 2 SGB V, die Verlaufsdocumentation, die Qualifikationsnachweise und andere sich aus diesem Rahmenvertrag ergebende Nachweise.
5. Über die Prüfung ist ein Bericht zu erstellen, in dem der Gegenstand und das Ergebnis der Prüfung sowie notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Beanstandungen aufgezeigt werden.

6. Soweit Beanstandungen festgestellt werden, entscheiden die Krankenkassen nach Anhörung des Kurbetriebes, welche Maßnahmen der Kurbetrieb zur Beseitigung der Defizite und innerhalb welcher Frist zu treffen hat.
7. Sofern Beanstandungen nicht innerhalb der Frist nach Ziffer 6 behoben wurden, liegt ein Vertragsverstoß nach § 18 vor und berechtigt die Vertragspartner entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.
8. Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen zu beachten.

§ 17 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.

§ 18 Vertragsverstöße; Regressverfahren

1. Erfüllt ein Kurbetrieb die ihm obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann ihn der betroffene Vertragspartner nach Anhörung schriftlich verwarnen; die Krankenkasse setzt eine angemessene Frist für die Beseitigung des Vertragsverstoßes durch den Leistungserbringer fest.
2. Nach erfolgloser Verwarnung oder bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann nach erfolgter Anhörung eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000,00 Euro festgesetzt werden. Darüber hinaus kann die zuständige Stelle Ersatz des durch die Vertragsverletzung entstandenen Schadens verlangen. In Fällen wiederholten oder schweren Vertragsverstoßes können die Krankenkassen die Zulassung sofort widerrufen (§ 124 Abs.6 SGB V). 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 (§ 13),
 - nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen,
 - Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt/Vertragszahnarzt sowie
 - Aufnahme von Leistungen nicht zugelassener Kurbetriebe in die eigene Abrechnung.
 - Die Leistungserbringung durch Nichtfachleute.
4. Schadenersatzansprüche der betreffenden Krankenkasse bleiben hiervon unberührt.
5. Die übrigen Bestimmungen der jeweiligen Rahmenempfehlungen zu Vertragsverstößen/Regressverfahren in der jeweils gültigen Fassung behalten Gültigkeit.

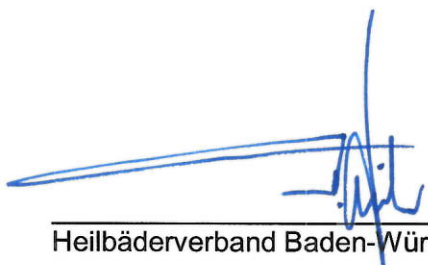
§ 19 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Rahmenvertrages nichtig sein bzw. durch gesetzliche Neuregelungen 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.

§ 20 Inkrafttreten und Kündigung

1. Dieser Rahmenvertrag tritt am 01.08.2018 in Kraft und ersetzt den Rahmenvertrag zwischen dem Heilbäderverband und den Krankenkassen vom 01.10.2010. Er kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Schluss eines Kalendermonats, erstmals zum 31.12.2019 gekündigt werden.
2. Für bisher zugelassene Kurbetriebe gilt dieser Vertrag, ohne dass ein Kurbetrieb eine gesonderte Erklärung abgeben muss.
3. Bei einer Kündigung bzw. Teilkündigung bestehen die Regelungen dieses Rahmenvertrages bzw. der jeweiligen Anlage bis zu einer neuen vertraglichen Regelung unverändert weiter.
4. Anpassungen dieses Rahmenvertrages bzw. der Anlagen können auch ohne Kündigung vereinbart werden (Protokollnotiz zum bestehenden Rahmenvertrag).
5. Änderungen und Kündigungen des Rahmenvertrages bedürfen der Schriftform, mündliche Vereinbarungen sind unwirksam.
6. Mit Inkrafttreten dieses Vertrages verlieren bisherige Verträge und Vereinbarungen ihre Gültigkeit. Bei Kündigung des Vertrages behalten die bisherigen Regelungen ihre Gültigkeit bis ein neuer Vertrag in Kraft tritt.

Stuttgart, Kornwestheim, Dresden, München, den 01. August 2018



Heilbäderverband Baden-Württemberg e. V.

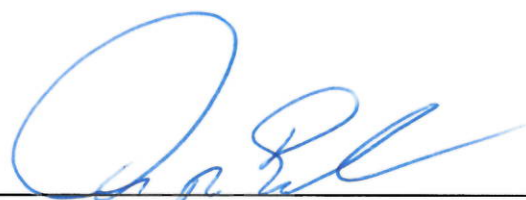


Biggi Bender
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Baden-Württemberg

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung
Baden-Württemberg



IKK classic



KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion München



BKK Landesverband Süd
- vertreten durch die IKK classic -

Merkblatt zur Abrechnung von Leistungen nach §§ 23 Absatz 2 SGB V* und § 32 SGB V*

Ergänzend zu den Verbindlichen Hinweisen in der jeweiligen aktuellen Preisvereinbarung* mit dem Heilbäderverband Baden-Württemberg:

LEISTUNGSERBRINGERGRUPPEN-SCHLÜSSEL

Bitte beachten Sie, dass Sie in jeder Abrechnung den richtigen Leistungserbringergruppen-Schlüssel angeben müssen. Dieser Schlüssel ist die Verbindung zu der für die Abrechnung gültigen Preisliste.

Der Schlüssel ist 7-stellig:

- 1. und 2. Stelle: Abrechnungscode (abhängig von der Leistungserbringergruppe)
- 3. bis 7. Stelle: Tarifikennzeichen (3. und 4. Stelle für den Tarifbereich, 5. bis 7. Stelle für Tarife).

Leistungserbringergruppen-Schlüssel

- Für die Abrechnung von Leistungen von kurortspezifischen Heilmitteln in Kurbetriebsunternehmen im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach **§ 23 Abs. 2 SGB V** mit dem Heilbäderverband vom 1.10.2010 wurde der Leistungserbringergruppen-Schlüssel **LEGS 28 01 501** vergeben.
- Für die Abrechnung von Leistungen von physikalischen Heilmitteln nach **§ 32 SGB V** in Kurbetrieben (Einrichtungen in denen Heilmittel und ortsspezifische Anwendungen abgegeben werden) vom 1.10.2010 wurde der Leistungserbringergruppen-Schlüssel **LEGS 28 01 500** vergeben,

ANGABE DER RICHTIGEN POSITIONSNUMMER

- Die Abrechnung von Leistungen von kurortspezifischen Heilmitteln in Kurbetriebsunternehmen im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach **§ 23 Abs. 2 SGB V** mit dem Heilbäderverband vom 1.10.2010 erfolgt nach den vereinbarten Preisen nach der Anlage 4 zum Rahmenvertrag unter Angabe der entsprechenden Positionsnummer aus dieser Preisvereinbarung. Die erste Ziffer ist bei kurortspezifischen Heilmitteln immer mit 8 belegt.
- Die Abrechnung von Leistungen von Heilmitteln nach **§ 32 SGB V** in Kurbetrieben (Einrichtungen in denen Heilmittel und ortsspezifische Anwendungen abgegeben werden) vom 1.10.2010 erfolgt nach den vereinbarten Preisen nach der Anlage 5 zum Rahmenvertrag unter Angabe der entsprechenden Positionsnummer aus dieser Preisvereinbarung. Dabei ist zu beachten, dass bei der Abrechnung das **X** wie folgt ersetzt wird:
 - Leistung von **Masseuren/Masseuren und med. Bademeister** durch die Ziffer **1**
 - Leistung von **Krankengymnasten/Physiotherapeuten** durch die Ziffer **2**
 - Leistung von **Ergotherapeuten** durch die Ziffer **5**

Neu ab 1. August 2017 sind die ergotherapeutischen Positionen/Leistungen in der Preisvereinbarung über die Abgabe von Heilmitteln nach § 32 SGB V in Kurbetrieben/Einrichtungen mit dazu gekommen.

ANSPRECHPARTNER – BEREICH RECHNUNGSPRÜFUNG

IKK classic

Telefon: 0521 30439-0
Telefax: 0521 30439-4190
E-mail: rechnungspruefung-hh@ikk-classic.de

KNAPPSCHAFT

Telefon: 089 38175-0
Telefax: 089 38175-108
E-Mail: heilmittel-muenchen@kbs.de

vdek

Informationen hinsichtlich der Abrechnung von Heilmitteln mit den Ersatzkassen sowie den zuständigen Stellen erhalten Sie unter www.vdek.com/vertragspartner/heilmittel/abrechnung.html.

GESETZLICHE GRUNDLAGEN

für die Abrechnung sind wie bisher maßgebend:

- die geltenden Gesetze,
- die Rahmenverträge,
- die Preisvereinbarungen,
- und die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V.

Die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V k stehen unter <http://www.gkv-spitzenverband.de> zur Verfügung und alles zum Datenaustausch unter <http://www.datenaustausch.de>.

Stand: 24. April 2018