

**Vereinbarung
zur Durchführung und Finanzierung
des Rehabilitationssports
ab 1. Januar 2014**

Zwischen

der IKK classic, Dresden,
der Knappschaft Regionaldirektion München, Friedrichstr. 19, 80801 München

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

- BARMER GEK,
- Techniker Krankenkasse (TK),
- DAK - Gesundheit,
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH,
- HEK – Hanseatische Ersatzkasse,
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung
Baden-Württemberg, Christophstr. 7, 70178 Stuttgart,

- nachfolgend Krankenkassen genannt -

und dem

Kneipp-Bund
Landesverband Baden-Württemberg e. V.
Grabenstr. 28
73614 Schorndorf

- nachfolgend KB LV Baden-Württemberg -

wird folgende Vereinbarung geschlossen:

Präambel

Rehabilitationssport wirkt mit den Mitteln des Sports und sportlich ausgerichteter Spiele ganzheitlich auf die Behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen ein. Neben der Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit trägt der Rehabilitationssport dazu bei, positive Effekte im psychosozialen Bereich, z. B. Steigerung des Wohlbefindens, des Selbstwertgefühls und der sozialen Kontaktfähigkeit, zu erzielen. Für die betroffenen Versicherten stellt der Rehabilitationssport außerdem eine wirksame Hilfe zur Selbsthilfe – insbesondere zur Stärkung der Eigenverantwortlichkeit für ihre Gesundheit – dar. Sie sollen zum langfristigen, selbstständigen und eigenverantwortlichen Bewegungstraining motiviert werden. Durch den Rehabilitationssport kann das Selbstbewusstsein, insbesondere auch von Behinderten oder von Behinderung bedrohten Frauen und Mädchen, gestärkt werden.

Im vorstehenden Sinne schließen der KB LV Baden-Württemberg, und die Krankenkassen folgende Vereinbarung über die Erbringung von Rehabilitationssport durch zertifizierte Rehabilitationssportgruppen der Kneipp-Vereine in Baden-Württemberg.

§ 1

Gegenstand, Ziel und Geltungsbereich der Vereinbarung

- (1) Die Vereinbarung regelt gemäß § 43 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX die Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssports auf der Grundlage der "Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining" der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (nachfolgend Rahmenvereinbarung) in der Fassung vom 1. Januar 2011.
- (2) Durch den Rehabilitationssport wird das Ziel verfolgt, Behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen möglichst auf Dauer in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern.
- (3) Die Vereinbarung regelt die Versorgung nach Abs. 1 für Versicherte der Krankenkassen, durch entsprechend dieser Vereinbarung zur Versorgung berechnigte Rehabilitationssportgruppen der Kneipp-Vereine in Baden-Württemberg. Rehabilitationssportgruppe i. S. dieser Vereinbarung ist der jeweilige örtliche Verein/Träger.

§ 2

Aufgaben der Vereinbarungspartner

- (1) Der KB LV Baden-Württemberg prüft, dass die zertifizierten Rehabilitationssportgruppen die ordnungsgemäße Durchführung des Rehabilitationssports nach den Grundsätzen der Rahmenvereinbarung (vgl. § 1 Abs. 1) erfüllen. In Zweifelsfällen verständigen sich die Vertragspartner auf eine einvernehmliche Lösung.
- (2) Der KB LV Baden-Württemberg hält bedarfsgerecht ein qualifiziertes Angebot vor. Er ermöglicht den Versicherten der Krankenkassen nach Beendigung des Rehabilitationssports die weitere Teilnahme an den bestehenden Gruppen auf eigene Kosten. Für die Teilnahme am Rehabilitationssport mit einer ärztlichen Verordnung ist für die Dauer der Verordnung zu Lasten der Krankenkasse eine Mitgliedschaft jedoch keine Voraussetzung.

- (3) Die Krankenkassen vergüten die Teilnahme ihrer Versicherten am Rehabilitationssport als ergänzende Leistung zur Rehabilitation gemäß § 43 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX.

§ 3

Anerkennung und Überprüfung der Rehabilitationssportgruppe

- (1) Die Anerkennung erfolgt durch die Krankenkassen, nachdem der KB LV Baden-Württemberg eine vorherige Prüfung des Antrages der Rehabilitationssportgruppe durchgeführt und eine positive Stellungnahme abgegeben hat. Die Prüfung durch den KB LV Baden-Württemberg orientiert sich an der Rahmenvereinbarung.
- (2) Für jede Rehabilitationssportgruppe ist ein separater Antrag mit den erforderlichen Angaben gemäß der Anlage 2 entsprechend der Anlage „Anerkennung von Rehabilitationssportgruppen“ der Rahmenvereinbarung zu stellen.
- (3) Der KB LV Baden-Württemberg übersendet mit der Stellungnahme an die Krankenkasse eine Kopie des Antrags je Rehabilitationssportgruppe ggf. mit den erforderlichen Nachweisen. Im Einzelfall ist die Krankenkasse und der KB LV Baden-Württemberg befugt, die ordnungsgemäße Durchführung des Rehabilitationssports während der Übungsveranstaltung zu überprüfen. § 14 ist zu beachten.
- (4) Der Abrechnungsberechtigte ist verpflichtet, bei Änderungen den KB LV Baden-Württemberg zu informieren. Der KB LV Baden-Württemberg leitet diese Informationen an die Krankenkassen weiter. Die Anerkennungsvoraussetzungen (personell, räumlich, sachlich) müssen nach jeder Veränderung, die die Gruppe betrifft, neu überprüft werden (mindestens die Änderungen). Finden keine Veränderungen statt, ist spätestens nach einem Zeitraum von drei Jahren eine Überprüfung der Anerkennungsvoraussetzungen vom KB LV Baden-Württemberg durchzuführen. Die Delegation von Anerkennungen, insbesondere auf Gruppen in anderen Orten, ist ausgeschlossen.
- (5) Die anerkannten Rehabilitationssportgruppen sind den Krankenkassen mindestens einmal jährlich vom KB LV Baden-Württemberg zu melden.

§ 4

Rehabilitationssportarten und Gruppengrößen

- (1) Die Krankenkassen können auf Antrag des KB LV Baden-Württemberg weitere Rehabilitationssportarten anerkennen, wenn das Ziel des Rehabilitationssports durch die in Nr. 5.1 der Rahmenvereinbarung genannten Rehabilitationssportarten nicht erreicht werden kann.
- (2) Abweichungen von den maximalen Gruppengrößen (vgl. Nrn. 10.1 und 10.2 der Rahmenvereinbarung) hat der KB LV Baden-Württemberg für die betreffende Rehabilitationssportgruppe den Krankenkassen unverzüglich mitzuteilen und zu begründen. Sie gelten nach Zustimmung durch die Krankenkassen als genehmigt. Die Genehmigung gilt längstens für 12 Monate; sie kann auf Antrag verlängert werden.

§ 5 Leistungsumfang

- (1) Der Leistungsumfang des Rehabilitationssports beträgt i. d. R. 50 Übungseinheiten (Richtwert), die in einem Zeitraum von 18 Monaten in Anspruch genommen werden können. Bei einer Bewilligung von weniger als 50 Übungseinheiten ist der vorgenannte Zeitraum angemessen zu verkürzen, um die Zielsetzung des Rehabilitationssports zu erreichen.
- (2) Bei folgenden Krankheiten kann wegen der häufig schweren Beeinträchtigung der Mobilität oder Selbstversorgung im Sinne der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) sowie der erforderlichen komplexen Übungen ein erweiterter Leistungsumfang von insgesamt 120 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 36 Monaten (Richtwerte) notwendig sein und bewilligt werden:

Infantile Zerebralparese; Querschnittlähmung, schwere Lähmungen (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie); Doppelamputation von Gliedmaßen (Arm/Arm, Bein/Bein, Arm/Bein); Organische Hirnschädigungen durch [Schädel-Hirn-Trauma, Tumore, Infektionen (Folgen entzündlicher Krankheiten des ZNS), vaskulären Insults (Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit)]; Multiple Sklerose; Morbus Parkinson; Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans); Glasknochen (Osteogenesis imperfecta); Muskeldystrophie; Marfan-Syndrom; Asthma bronchiale; Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD); Mukoviszidose (zystische Fibrose); Polyneuropathie; Dialysepflichtiges Nierenversagen (terminale Niereninsuffizienz); Auch bei therapieresistenter Epilepsie kann wegen der besonderen Anforderungen an die individuelle Betreuung der erweiterte Leistungsumfang von 120 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 36 Monaten (Richtwerte) notwendig sein. Ebenso kann bei einer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworbenen Blindheit beider Augen wegen der schwierigen und zu erlernenden Orientierung im Raum dieser erweiterte Leistungsumfang in Betracht kommen.

- (3) Der Leistungsumfang für Rehabilitationssport in Herzgruppen beträgt bei chronischen Herzkrankheiten (einschließlich coronarer Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, Kardiomyopathien, Klappenerkrankungen und z.n. kardio-vaskulären Interventionen/Operationen) 90 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von 24 Monaten in Anspruch genommen werden können (Richtwerte). Bei herzkranken Kindern und Jugendlichen beträgt der Leistungsumfang 120 Übungseinheiten innerhalb von 24 Monaten (Richtwerte). Hinsichtlich der Besonderheiten des Rehabilitationssports mit herzkranken Kindern ist das DGPR-Positionspapier „Die Kinderherzgruppe (KHG)“ vom Oktober 2005 zu beachten.
- (4) Weitere Verordnungen sind möglich bei maximaler Belastungsgrenze $< 1,4$ Watt/kg Körpergewicht (Nachweise nicht älter als 6 Monate) als Folge einer Herzkrankheit oder aufgrund von kardialen Ischämiekriterien. Bei allen anderen Indikationen ist im Einzelfall zu prüfen, ob die Leistungen notwendig, geeignet und wirtschaftlich sind. Bei weiterer Verordnung beträgt der Leistungsumfang jeweils 45 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von 12 Monaten in Anspruch genommen werden können (Richtwerte).

Nach wiederholter abgeschlossener Akutbehandlung kann Rehabilitationssport im Leistungsumfang von 90 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von 24 Monaten in Anspruch genommen werden können (Richtwerte), erneut in Betracht kommen:
Nach akutem Herz- Kreislaufstillstand, nach akutem Koronarsyndrom, Myocardinfarkt oder instabiler Angina pectoris, nach Krankenhausbehandlung wegen Herzinsuffizienz oder Kardiomyopathie (ausgenommen hypertrophe Kardiomyopathie oder Myokarditis < 6 Monate), nach Intervention/Operation an den Koronararterien (PCI, Bypass-Op.), nach Intervention/Operation an den Herzklappen, nach Implantation eines ICD (Implantierbarer Kardioverterdefibrillator), eines PM (Herzschrittmachers) oder CRT-P (Biventrikulärer Herzschrittmacher) und nach Herztransplantation.

- (5) Eine längere Leistungsdauer beim Rehabilitationssport bzw. Rehabilitationssport in Herzgruppen ist nur möglich, wenn die Motivation zur langfristigen Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung krankheits-/behinderungsbedingt nicht oder noch nicht gegeben ist. In diesen Fällen sollen in der Regel die Erst- bzw. ggf. weitere Verordnung(en) bei Rehabilitationssport jeweils 120 Übungseinheiten in 36 Monaten nicht überschreiten (Richtwerte). Für Rehabilitationssport in Herzgruppen gelten die Regelungen des Abs. 2. Ein aus anderen Gründen resultierender Motivationsmangel zur eigenverantwortlichen Weiterführung von Rehabilitationssport schließt eine Verlängerung der Leistung zu Lasten der Krankenkasse aus.
- (6) Der Leistungsumfang im Einzelfall ergibt sich aus der jeweiligen Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse.
- (7) Rehabilitationssportgruppen sind nicht berechtigt, Versicherte vom Rehabilitationssport abzuweisen, wenn diese keine Mitgliedschaft eingehen oder keine Zusatzleistungen zahlen wollen. Die Inanspruchnahme zusätzlicher Leistungen der Kneipp-Vereine ist zulässig. Die Forderung von Zuzahlungen aufgrund der Inanspruchnahme von Zusatzleistungen muss aber gerechtfertigt und gegenüber den Krankenkassen belegbar sein. Sie kann nur auf Leistungen erhoben werden, die nicht die Leistungen des medizinisch verordneten Rehabilitationssports betreffen. Die Betroffenen müssen explizit darauf hingewiesen werden, dass es sich um Leistungen handelt, die auf freiwilliger Basis in Anspruch genommen werden und für deren Finanzierung die Krankenkassen im Rahmen des Rehabilitationssports nicht aufkommen dürfen.
- (8) Die vorrangige Leistungspflicht der Rentenversicherung ist von der Krankenkasse gemäß Nr. 1.2 der Rahmenvereinbarung zu beachten, sofern eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten des Rentenversicherungsträgers im zeitlichen Zusammenhang mit Rehabilitationssport durchgeführt wurde.

§ 6 Leistungsausschluss

- (1) Rehabilitationssport i. S. dieser Vereinbarung sind nicht Übungen ohne medizinische Notwendigkeit, die lediglich der Erzielung oder Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens des Behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen dienen (z. B. freies Schwimmen an sogenannten Warmbadetagen).
- (2) Vom Rehabilitationssport sind Maßnahmen ausgeschlossen, die vorrangig oder ausschließlich auf Beratung und Einübung von Hilfsmitteln abzielen (z. B. Rollstuhlkurse), die vorrangig oder ausschließlich Selbstverteidigungsübungen oder Übungen aus dem Kampfsportbereich umfassen, die Übungen an technischen Geräten, die zum Muskelaufbau oder zur Ausdauersteigerung dienen (z. B. Sequenztrainingsgeräte, Geräte mit Seilzugtechnik, Hantelbank, Arm-/Beinpresse, Laufband, Rudergerät, Crosstrainer), beinhalten. Eine Ausnahme stellt insoweit das Training auf Fahrradergometern in Herzgruppen dar.
- (3) Für eine Anerkennung als Rehabilitationssport kommen nicht in Betracht: Kampfsportarten und Sportarten der Selbstverteidigung (z.B. Boxen, Kickboxen, Ringen, Judo, Karate, Teakwon-Do, Jiu-Jitsu); Sportarten, bei denen eine erhöhte Verletzungsgefahr oder ein anderes gesundheitliches Risiko besteht; Sportarten, die gemessen an den Kosten für den Rehabilitationssport im Sinne dieser Vereinbarung einen unverhältnismäßig hohen finanziellen Aufwand erfordern.

§ 7

Verordnung von Rehabilitationssport

- (1) Rehabilitationssport wird durch den behandelnden Vertragsarzt auf dem hierfür verbindlich vorgeschriebenen Verordnungsvordruck (Vordruckmuster 56) verordnet. Nr. 15 der Rahmenvereinbarung ist zu beachten.
- (2) Die Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und der DGPR zur Leistungsdauer des Rehabilitationssports bei Herzkrankheiten vom 24. Juli 2003 i. d. F. vom 1. Januar 2007 sind bei der Verordnung ergänzend zu berücksichtigen.
- (3) Rehabilitationssport kann wiederholt verordnet werden, wenn jeweils die Voraussetzungen des § 5 Abs. 2, 3, 4 oder 5 vorliegen.

§ 8

Prüfung und Genehmigung der Verordnung

- (1) Die ärztliche Verordnung ist durch den Versicherten der leistungspflichtigen Krankenkasse vor Beginn des Rehabilitationssports zur Genehmigung vorzulegen. Die Krankenkasse ist berechtigt, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) gemäß § 275 SGB V zur Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit einzuschalten.
- (2) Die Leistungspflicht der Krankenkasse beginnt erst, wenn der Rehabilitationssportgruppe die Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse vorliegt. Aus diesem Grunde ist die Rehabilitationssportgruppe nicht berechtigt, ärztliche Verordnungen anzunehmen oder auszuführen, die noch nicht von der Krankenkasse genehmigt sind.

§ 9

Vergütung

- (1) Die Vergütung der vertraglichen Leistungen erfolgt nach der Preisvereinbarung über die zu zahlenden Vergütungen (Anlage 1) in der jeweils geltenden Fassung.
- (2) Die für die Durchführung des Rehabilitationssportkurses notwendige Ausstattung ist von der Rehabilitationssportgruppe zu stellen. Mit der Vergütung sind alle Kosten abgegolten. Das Gleiche gilt für die erforderliche Notfallausrüstung. Zuzahlungen und Mehrkosten dürfen vom Versicherten nicht verlangt werden (Vgl. Nrn. 17.4 und 17.5 der Rahmenvereinbarung).

§ 10
Verwendung des Institutionskennzeichens

- (1) Jede Rehabilitationssportgruppe verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK), das sie bei der Abrechnung mit den Krankenkassen verwendet.
- (2) Das IK ist bei der ARGE IK, Alte Heerstraße 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind ausschließlich der ARGE IK unverzüglich mitzuteilen. Diesbezügliche Mitteilungen an die Krankenkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.
- (3) Abrechnungen mit der Krankenkasse erfolgen ausschließlich unter diesem IK, das in jeder Abrechnung und im Schriftwechsel mit der Krankenkasse anzugeben ist. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von der Krankenkasse abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Krankenkasse unbekanntem IK. Die bei der ARGE IK gespeicherten Daten, einschließlich der Bankverbindung, sind verbindlich für die Abrechnung durch die Krankenkassen.

§ 11
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.
- (2) Die Abrechnung erfolgt grundsätzlich nach Erfüllung des jeweiligen Leistungsumfanges (§ 5). Die Rehabilitationssportgruppen können verlangen, dass jeweils zum 30. Juni und 31. Dezember eine Zwischenabrechnung durchgeführt wird. Der ersten Zwischenabrechnung sind die Verordnung, die Kostenübernahmeerklärung und die Teilnahmebestätigung beizufügen, bei weiteren Zwischenabrechnungen Fotokopien dieser rechnungsbegründenden Unterlagen.
- (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. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit vom Geldinstitut erteilt wurde.
- (4) Maßgeblich für die Berechnung des Verzugs 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) Der von der Rehabilitationssportgruppe beauftragten Abrechnungsgesellschaft obliegt die Beweispflicht für die ordnungsgemäße Anlieferung des Datenträgers bzw. Ersatzbelegs und Verordnungen bei der Krankenkasse.
- (6) Eine Abtretung oder Verpfändung von Forderungen der Rehabilitationssportgruppe 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) 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.
- (9) Die Krankenkasse begleicht die Rechnungen ausschließlich auf Basis der von der ARGE IK gemeldeten Institutionskennzeichen oder 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.
- (10) 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 höchstens 5 v. H. des Rechnungsbetrages durch eine pauschale Rechnungskürzung 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.

- (11) Die Rehabilitationssportgruppe verpflichtet sich, bei der Abrechnung u. a. die Versichertennummer, die 5-stellige Positionsnummer, den Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS) – XXXXX – sowie den Preis anzugeben.

§ 12 Datenschutz

- (1) Die Rehabilitationssportgruppe hat die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel) einzuhalten. Sie darf personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Aufgaben verarbeiten, bekannt geben, zugänglich machen oder sonst nutzen. Angaben zur Person des Versicherten und dessen Krankheiten unterliegen der Schweigepflicht. Diese Verpflichtungen bestehen auch nach Beendigung des Vertrages weiter.
- (1) Ausgenommen von der Schweigepflicht sind Angaben gegenüber dem/der verordnenden Arzt/Ärztin und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), soweit sie zur Verordnung und Durchführung des Rehabilitationssports erforderlich sind.
- (2) Die Rehabilitationssportgruppe verpflichtet ihre Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen. Diese Verpflichtungen bestehen auch nach Beendigung des Vertrages weiter.

§ 13 Haftung

- (1) Es gelten die gesetzlichen Haftungsregelungen des BGB.
- (2) Die Rehabilitationssportgruppe hat eine Unfallversicherung in ausreichender Höhe für die Teilnehmerinnen an den Übungsveranstaltungen abzuschließen. Der Abschluss dieser Versicherung ist gegenüber der anerkennenden Stelle nach § 3 Abs. 1 nachzuweisen.

§ 14 Qualitätssicherung

- (1) Die Rehabilitationssportgruppe verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Qualitätssicherung und -optimierung des Rehabilitationssports. Die Rehabilitationssportgruppe setzt standardisierte Dokumentationen ein.
- (2) Interne Qualitätssicherung dient der Sicherung einer kontinuierlichen hohen Qualität der Erbringung des Rehabilitationssports mit dem Ziel der Steigerung der Ergebnisqualität. Damit sind die kontinuierliche Problemerkennung und Verbesserung des Rehabilitationssports ebenso verbunden wie die Weiterentwicklung von Strukturen und Prozessen mit dem Ziel der Steigerung der Ergebnisqualität.

§ 15 Vertragspartnerschaft

- (1) Die Vertragspartner gehen 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.

§ 16 Vertragsverstöße; Regressverfahren

- (1) Erfüllt eine Rehabilitationssportgruppe die ihr obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann sie der betroffene Vertragspartner nach Anhörung schriftlich verwarnen, die Krankenkasse setzt eine angemessene Frist für die Beseitigung des Vertragsverstoßes durch den Leistungserbringer.

Zu den Vertragsverstößen zählen insbesondere:

- Annahme und Abrechnung nicht genehmigter Verordnungen.
- Erbringung nicht genehmigter Leistungsinhalte.
- Nichterfüllung von organisatorischen und/oder sächlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen.
- Wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz.
- Änderung der Verordnung.
- Abrechnung nicht erbrachter Leistungen.
- Zahlungen von Vergütungen für Tätigkeiten und Dienstleistungen an Dritte, wie Vertragsärzte, Krankenhausärzte, ambulante oder stationäre Vorsorge- und

Rehabilitationseinrichtungen mit dem Ziel einer direkten oder indirekten Zuweisung von Versicherten an die Rehabilitationssportgruppe.

- Forderung nach einer verpflichtenden Mitgliedschaft des Versicherten trotz Vorlage einer Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse für den Rehabilitationssport (vgl. Nr. 17.4 der Rahmenvereinbarung).
- Nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen.
- Unzulässige Werbemaßnahmen.

- (2) Nach erfolgloser Verwarnung oder bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann die Krankenkasse im Einvernehmen mit dem Vertragsausschuss (§18) nach erfolgter Anhörung eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 5.000 Euro festsetzen. Darüber hinaus kann die Krankenkasse Ersatz des durch die Vertragsverletzung entstandenen Schadens verlangen. In Fällen wiederholten oder schweren Vertragsverstoßes kann die Krankenkasse die Anerkennung sofort widerrufen. Der Vertragsausschuss kann beratend hinzugezogen werden.
- (3) Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere: Nichterfüllung der sachlichen und/oder räumlichen und/oder fachlichen und/oder persönlichen Voraussetzungen, Abrechnung nicht erbrachter Leistungen, Verstoß gegen den Datenschutz (§ 13), nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen, Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt, Aufnahme von Leistungen nicht anerkannter Gruppen in die eigene Abrechnung, die Leistungserbringung durch Nichtfachleute.

§ 17 Vertragsausschuss

- (1) Zur Klärung von Meinungsverschiedenheiten und Zweifelsfragen von grundsätzlicher Bedeutung, die auf örtlicher Ebene oder zwischen den Vertragspartnern nicht bereinigt werden können, sowie in Fällen nach § 16 Abs. 3 ist ein Vertragsausschuss zu bilden. Dieser setzt sich aus Vertretern der Krankenkassen einerseits und Vertretern des KB LV Baden-Württemberg andererseits paritätisch zusammen.
- (2) Der Vertragsausschuss ist auf Antrag eines Vertragspartners einzuberufen.
- (3) Das Nähere regelt eine Geschäftsordnung des Vertragsausschusses.

§ 18 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen, höchstrichterliche Rechtsprechung ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieser Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vereinbarungspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.


§ 19
In-Kraft-Treten und Kündigung

- (1) Die Vereinbarung tritt am 1. Januar 2014 in Kraft. Sie kann unter Einhaltung einer Frist von 6 Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres – frühestens zum 31. Dezember 2015 – schriftlich gekündigt werden.**

- (2) Die Preisvereinbarung (Anlage 1) kann nach den darin getroffenen Regelungen unabhängig von dieser Vereinbarung gekündigt werden. Die gekündigte Preisvereinbarung gilt so lange weiter, bis eine neue Preisvereinbarung abgeschlossen ist.**

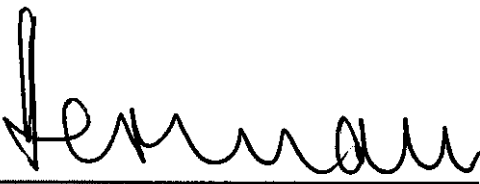
Dresden, München, Stuttgart, Schorndorf, den 6. November 2013





Kneipp-Bund Landesverband Baden-
Württemberg e. V.



Gerd Nieth
Verband der Ersatzkassen (vdek)
der Leiter der vdek-Landesvertretung
Baden-Württemberg


IKK classic


Knappschaft
Regionaldirektion München

Zwischen

der **IKK classic, Dresden,**

der **Knappschaft, Regionaldirektion München, Friedrichstraße 19,
80801 München,**

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg,
Christophstraße 7, 70178 Stuttgart,

- nachfolgend Krankenkassen genannt -

und dem

**Kneipp-Bund Landesverband Baden-Württemberg e. V.,
Grabenstraße 28
73614 Schorndorf**

wird folgende

**Preisvereinbarung
nach § 43 Abs. 1 SGB V
– Rehabilitationssport –**

geschlossen:

§ 1

- (1) Die Preisvereinbarung gilt ab dem 1. Januar 2014
- (2) Sie kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gekündigt werden, erstmals zum 31. Dezember 2014. Die Kündigung der Preisvereinbarung berührt die Wirksamkeit der Rahmenvereinbarung nicht. Bis zum Abschluss einer neuen Preisvereinbarung gelten die Preise dieser Vereinbarung weiter.

§ 2

Für die Abrechenbarkeit dieser Preise ist der Tag der Leistungserbringung ausschlaggebend.

§ 3

Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise (Bruttopreise).

1. Rehabilitationssport

Die Krankenkasse vergütet den Rehabilitationssport mit einem Betrag von

5,20 Euro (Pos.-Nr. 604503)

je Übungsveranstaltung und teilnehmendem anspruchsberechtigtem Versicherten.

2. Rehabilitationssport in Herzgruppen

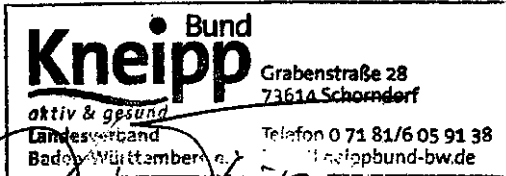
Die Krankenkasse vergütet den Rehabilitationssport in Herzgruppen mit einem Betrag von

6,22 Euro (Pos.-Nr. 604504)

je Übungsveranstaltung und teilnehmendem anspruchsberechtigtem Versicherten.

Anlage 1 zur Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssports ab 01.01.2014 zwischen der IKK classic, Hauptverwaltung Ludwigsburg, der Knappschaft und dem vdek sowie dem Kneipp-Bund Landesverband Baden-Württemberg e. V. vom 06.11.2013

Dresden, München, Stuttgart, Schorndorf, den 6. November 2013



Kneipp-Bund
Landesverband Baden-Württemberg e. V.

Gerd Nieth

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

IKK classic

Knappschaft
Regionaldirektion München