

**Vertrag nach § 125 Abs. 1 SGB V
sowie Anlagen 1 – 6**

Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V

zwischen

**dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen
(GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R)
Berlin**

und

dem Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE); Bonn

**der Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten
und Ernährungsberater – QUETHEB e.V.; Gerstetten– Gussenstadt**

**dem Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD)
e.V.; Essen**

dem Verband für Ernährung und Diätetik (VFED) e.V.; Aachen

über

**die Versorgung mit Leistungen
der Ernährungstherapie
und deren Vergütung**

Inhaltsverzeichnis

Begriffsbestimmungen	3
Präambel	4
§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages	4
§ 2 Leistungsgrundlagen	5
§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung	5
§ 4 Hausbesuche	9
§ 5 Bestätigung der Leistung	9
§ 6 Beginn der Behandlung	10
§ 7 Durchführung und Beendigung der Behandlung	11
§ 8 Gesetzliche Zuzahlung	11
§ 9 Wahl des Leistungserbringers	12
§ 10 Datenschutz	13
§ 11 Zulassung	13
§ 12 Organisatorische Anforderungen an eine Heilmittelpraxis	15
§ 13 Barrierefreiheit	15
§ 14 Maßnahmen der Qualitätssicherung	15
§ 15 Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung	17
§ 16 Vergütung	18
§ 17 Verwendung des Institutionskennzeichens	18
§ 18 Abrechnungsregelungen	19
§ 19 Regelungen zu IT-gestützten Verfahren	23
§ 20 Maßnahmen bei Vertragsverstößen	23
§ 21 Inkrafttreten und Beendigung des Vertrages	24
§ 22 Schlussbestimmungen	24

Begriffsbestimmungen

Ärztin und Arzt	Alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte einschließlich angestellter Ärztinnen und Ärzte sowie Ärztinnen und Ärzte, die im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V Heilmittel verordnen.
Fachliche Leitung	Die Person(en), die mit der fachlichen Leitung der zugelassenen Praxis beauftragt ist/sind und der Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V benannt ist/sind. Sie kann/können mit dem zugelassenen Leistungserbringer identisch sein.
Heilmittel-Richtlinie	Heilmittel-Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HeilM-RL) gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in ihrer jeweils gültigen Fassung.
Leistungserbringer	Jede Therapeutin und jeder Therapeut, welche oder welcher aufgrund ihrer oder seiner den Arbeitsgemeinschaften nach § 124 Absatz 2 SGB V gegenüber nachgewiesenen berufsrechtlichen Qualifikation berechtigt ist, Heilmittel für den zugelassenen Leistungserbringer an gesetzlich Krankenversicherte abzugeben. Er kann mit dem zugelassenen Leistungserbringer oder der fachlichen Leitung identisch sein.
Verordnung	Von einer Ärztin oder einem Arzt gemäß der HeilM-RL ausgefüllter und unterschriebener Vordruck gemäß der Verträge nach § 87 Absatz 1 SGB V.
Versicherte und Versicherter	Anspruchsberechtigte Versicherte der von diesem Vertrag erfassten gesetzlichen Krankenkassen sowie von diesen nach § 264 SGB V betreute Personen.
Zugelassene(r) Leistungserbringer	Die Person(en) oder Personenvereinigungen nach § 3 Absatz 1 und 2 dieses Vertrages, auf die sich die Zulassung bezieht. Ferner sind von dem Begriff „zugelassene Leistungserbringer“ die Einrichtungen nach § 124 Absatz 5 SGB V umfasst, soweit sich aus diesem Vertrag nichts anderes ergibt.
Namenskürzel	Ist eine mindestens 2-stellige Buchstabenkombination, die einem Leistungserbringer eindeutig zugeordnet ist.

Präambel

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV–Spitzenverband) und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer der Ernährungstherapie maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene, vereinbaren gemäß § 125 Absatz 1 SGB V diesen Vertrag.

Ziel ist eine bedarfsgerechte, gleichmäßige, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten mit Ernährungstherapie bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose (Cystische Fibrose–CF), welche in fachlich gebotener Qualität und wirtschaftlich erbracht wird und das Maß des Notwendigen nicht überschreitet.

Die Vertragsparteien unterstützen sich gegenseitig zur bestmöglichen Erreichung dieses gemeinsamen Zieles. Alle vereinbarten Regelungen dienen diesem Zweck und sind unter diesem Gesichtspunkt anzuwenden. Der Vertrag und dessen Anwendung basieren auf vertrauensvoller Zusammenarbeit.

§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Der Vertrag regelt die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 125 Absatz 1 und Absatz 2 SGB V mit Leistungen der Ernährungstherapie gemäß § 32 Absatz 1 SGB V.
- (2) Die Einzelheiten richten sich nach diesem Vertrag und den Anlagen 1 – 6:
 - a) Leistungsbeschreibung (Anlage 1)
 - b) Vergütungsvereinbarung (Anlage 2)
 - c) Notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung und einheitliche Regelungen zur Abrechnung (Anlage 3)
 - d) Fortbildung (Anlage 4)
 - e) Zulassungsvoraussetzungen (Anlage 5)
 - f) Anerkenniserklärung (Anlage 6)

Die Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages.

- (3) Der Vertrag gilt für die gemäß § 124 Absatz 1 und 2 SGB V zugelassenen Leistungserbringer, soweit sie diesen Vertrag anerkannt haben. Für alle beim Inkrafttreten des Vertrages bereits zugelassenen Leistungserbringer gilt ab diesem Zeitpunkt, dass eine Anerkennung des neuen Vertrages innerhalb von 6 Monaten gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V erfolgen muss. Mit der Anerkennung dieses Vertrages gilt die bereits erteilte Zulassung unverändert fort.

- (4) Für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen gilt dieser Vertrag nach Maßgabe von § 124 Absatz 5 SGB V entsprechend, ohne dass es einer Zulassung sowie einer Anerkennung dieses Vertrages bedarf.
- (5) Die Bestimmungen dieses Vertrages und der Heilmittel-Richtlinie in der jeweils geltenden Fassung sind durch zugelassene Leistungserbringer nach § 124 Absatz 2 SGB V und Einrichtungen nach § 124 Absatz 5 SGB V und ihre gemäß der Anlage 5 qualifizierten Leistungserbringer zwingend zu beachten und anzuwenden.

§ 2 Leistungsgrundlagen

- (1) Leistungen der Ernährungstherapie werden auf der Grundlage einer gültigen ärztlichen Verordnung erbracht. Eine Verordnung ist gültig, wenn sie der jeweils geltenden Fassung der Heilmittel-Richtlinie entspricht. Die Anlage 3 dieses Vertrages konkretisiert die Formerfordernisse der Heilmittel-Richtlinie und beschreibt die notwendigen Angaben auf Verordnungen. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung sind nur nach Maßgabe der Anlage 3 möglich.
- (2) Die Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
- (3) Der Inhalt der einzelnen Heilmittel ist in der Leistungsbeschreibung beschrieben (Anlage 1). Die Leistungsbeschreibung berücksichtigt die Heilmittel-Richtlinie.
- (3a) Die Festlegung der Frequenz und Dauer der Behandlung erfolgt symptom- und bedarfsorientiert durch den Therapeuten.

§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Der zugelassene Leistungserbringer ist berechtigt und verpflichtet, ärztlich verordnete Maßnahmen der Ernährungstherapie entsprechend der Anlage 1 zu erbringen. Der zugelassene Leistungserbringer erbringt Leistungen persönlich oder lässt Leistungen nach dieser Vereinbarung durch seine gemäß der Anlage 5 qualifizierten Leistungserbringer durchführen. Der zugelassene Leistungserbringer trägt die Verantwortung für die Erfüllung der mit der Zulassung einhergehenden Verpflichtung.

- (2) Ist der zugelassene Leistungserbringer eine juristische Person oder eine rechtsfähige oder nicht-rechtsfähige Personenvereinigung, hat er für die fachliche Leitung der Praxis einen angestellten Leistungserbringer gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V zu benennen. Gleiches gilt für eine natürliche Person, die selbst nicht die Qualifikation gemäß Anlage 5 erfüllt. Die fachliche Leitung der Praxis muss gewährleistet sein.
- (3) Bei Tod des zugelassenen Leistungserbringers bleibt die Zulassung für einen Zeitraum von 6 Monaten bestehen. Wird der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V innerhalb der in Satz 1 genannten Frist kein neuer Zulassungsinhaber benannt, erlischt die Zulassung. Der Tod des zugelassenen Leistungserbringers ist der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V unverzüglich anzuzeigen.
- (4) Der zugelassene Leistungserbringer bzw. die fachliche Leitung nach § 3 Absatz 1 kann bis zur Dauer von sechs Monaten bei Verhinderung, Pflege eines pflegebedürftigen Angehörigen durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung sowie bei Schwangerschaft/Mutterschaft/Elternzeit entsprechend der Dauer des Mutterschutzes/der Elternzeit nach dem Mutterschutzgesetz (MuSchG)/Bundeselternzeitgesetz (BEEG) in der Praxis vertreten werden. Der zugelassene Leistungserbringer hat der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V die Personalien der vertretenden Person und die voraussichtliche Dauer der Vertretung unverzüglich mitzuteilen. Die vertretende Person muss die Voraussetzungen nach § 124 Absatz 1 Nummer 1 SGB V in der Spezifizierung nach der Anlage 5 erfüllen und nachweisen. Wird der Zeitraum nach Satz 1 überschritten, ist unverzüglich eine neue fachliche Leitung zu benennen.
- (5) Die Qualifikation der Leistungserbringer, deren Vor- und Nachnamen, ein Namenskürzel sowie das Geburtsdatum, die vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit in Stunden und den Ort der schwerpunktmäßigen Tätigkeit (Praxis, Hausbesuch oder Behandlung in einer Einrichtung nach § 11 Absatz 2 der HeiM-RL (tagesstrukturierende Einrichtung)) hat der zugelassene Leistungserbringer der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V vor dem Beginn der Tätigkeit unaufgefordert nachzuweisen. Bei Veränderungen der Voraussetzungen nach Satz 1 oder dem Ende der Tätigkeit eines Leistungserbringers ist dies der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V ebenfalls unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen.
- (5a) Der Einsatz von Schülerinnen und Schülern bzw. Studentinnen und Studenten im Rahmen der praktischen Ausbildung zur Qualifizierung für einen der in der Anlage 5 genannten Abschlüsse ist unter der Voraussetzung möglich, dass

- a) der zugelassene Leistungserbringer den Nachweis erbringt, mit der jeweiligen Fach- und/oder Hochschule einen schriftlichen Vertrag hinsichtlich der praktischen Ausbildung von Schülerinnen und Schülern und/oder Studentinnen und Studenten im jeweiligen Heilmittelberuf geschlossen zu haben;
- b) die Schülerin und der Schüler oder die Studentin und der Student unter Aufsicht und Anwesenheit des zugelassenen Leistungserbringers oder einer zur Ausbildung bestimmten und entsprechend fachlich qualifizierten Person tätig wird. Dies betrifft die Unterstützung von einzelnen patientennahen und patientenfernen ernährungstherapeutischen Interventionen. Art und Umfang der Aufsicht der Schülerin und des Schülers oder der Studentin und des Studenten durch den zugelassenen Leistungserbringer ist von den Fähigkeiten, dem Ausbildungsstand und vom allgemeinen Eindruck der Befähigungen der Schülerin und des Schülers oder der Studentin und des Studenten abhängig zu machen. Der zugelassene Leistungserbringer trägt hierfür die Verantwortung;
- c) der zugelassene Leistungserbringer vor Beginn der Behandlung gemeinsam mit der Schülerin oder dem Schüler oder der Studentin und dem Studenten eine Besprechung der Vorgehensweise der weiteren Behandlung durchführen muss;
- d) der zugelassene Leistungserbringer nach Beendigung der Behandlung durch die Schülerin oder den Schülern oder durch die Studentin und den Studenten das Ergebnis zu begutachten, abzunehmen und ggf. erforderliche Änderungen in den Therapieplan einfließen zu lassen hat.

Den Schülerinnen und Schülern oder den Studentinnen und den Studenten gleichgestellt sind Personen, die im Rahmen des deutschen Anerkennungsverfahrens nach einer behördlichen Vorgabe bestimmte Teile der praktischen Ausbildung absolvieren müssen.

- (6) Der zugelassene Leistungserbringer haftet für die von seinen eingesetzten Leistungserbringern erbrachten Leistungen in gleichem Umfang wie für seine eigenen Leistungen.
- (7) Der zugelassene Leistungserbringer darf die Therapie einer oder eines Versicherten in Einzelfällen ablehnen oder abbrechen. Über den Grund ist die oder der Versicherte zu informieren und der zuständigen Krankenkasse auf Nachfrage Auskunft zu erteilen.

- (8) Es ist unzulässig, dass der zugelassene Leistungserbringer für dieselbe Versicherte oder denselben Versicherten zur Erreichung desselben Therapieziels innerhalb derselben Diagnosegruppe der Heilmittel-Richtlinie auf Grundlage parallel ausgestellter Verordnungen Heilmittel erbringt und abrechnet.
- (9) Versicherte dürfen durch den Leistungserbringer nicht aus anderen als therapeutischen Gründen motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Ärztinnen und Ärzten zu fordern. Gleichzeitig darf der Leistungserbringer von sich aus die Ärztin und den Arzt in seiner Ordnungsweise aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen nicht beeinflussen (vgl. § 128 SGB V).
- (10) An die Versicherten dürfen ausschließlich die auf der Verordnung verordneten Leistungen abgegeben werden. Die Durchführung einer Therapie darf nur wie in der Anlage 1 oder in der in der Heilmittel-Richtlinie beschriebenen Form erfolgen. Nicht in Anspruch genommene Leistungen dürfen nicht und vorzeitig beendete Verordnungen dürfen nur in dem tatsächlich erbrachten Umfang abgerechnet werden.
- (11) In der Zeit, in der sich Versicherte in vollstationärer Behandlung befinden, ist eine ambulante Leistungsabgabe zu Lasten der Krankenkasse nur möglich, wenn dem Leistungserbringer die vollstationäre Behandlung der oder des Versicherten unbekannt ist oder war. Am Aufnahme- und Entlassungstag ist die Leistungserbringung in der Praxis des zugelassenen Leistungserbringers oder im Falle eines verordneten Hausbesuches in der häuslichen Umgebung der Versicherten möglich.
- (12) Der zugelassene Leistungserbringer hat für jede behandelte Versicherte und jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdokumentation gemäß der Leistungsbeschreibung (Anlage 1 Ziffer 3) zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben. Die Verlaufsdokumentation ist fünf Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Der zugelassene Leistungserbringer hat eine sichere Aufbewahrung unter Einhaltung der jeweils gültigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu gewährleisten. Die gesetzliche Verpflichtung zur Führung und Aufbewahrung einer Patientenakte nach § 630f Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) bleibt unberührt.
- (13) Der zugelassene Leistungserbringer gewährleistet, dass die Versicherten der unterschiedlichen Krankenkassen nach den gleichen Grundsätzen behandelt werden.

- (14) Die Vorschriften des Medizinprodukterechtes sind in den jeweils gültigen Fassungen zu beachten. Zudem sind die Bestimmungen der Hygieneverordnungen des Landes, in dem der zugelassene Leistungserbringer seinen Betriebssitz hat, in den jeweils gültigen Fassungen vom zugelassenen Leistungserbringer und seinen Leistungserbringern einzuhalten.

§ 4 Hausbesuche

- (1) Der zugelassene Leistungserbringer ist verpflichtet, ärztlich verordnete Hausbesuche sicherzustellen, wenn der Wohnort des Versicherten im Umkreis mit einem Radius von 25 Kilometern um die Praxis liegt.
- (2) Der Einsatz von Leistungserbringern, für die der zugelassene Leistungserbringer in der zugelassenen Praxis keine Räume vorhält und die ausschließlich Heilmittel außerhalb der Praxis des zugelassenen Leistungserbringers erbringen, ist möglich, soweit diese organisatorisch an die Praxis des zugelassenen Leistungserbringers angebunden sind und der zugelassene Leistungserbringer in der Lage ist, die ordnungsgemäße Aufgabenerfüllung zu überwachen. Der Einsatz von Leistungserbringern nach Satz 1 ist nur statthaft, wenn diese die Anzahl der übrigen in der Praxis tätigen Leistungserbringer nicht übersteigt.

§ 5 Bestätigung der Leistung

- (1) Die abgegebene Leistung, die ernährungstherapeutische Anamnese sowie ein durchgeführter Hausbesuch sind vom Leistungserbringer auf der Rückseite der Verordnung verständlich, d.h. im Wortlaut und unter Angabe des Datums und des Namenskürzels des abgebenden Leistungserbringers darzustellen und unmittelbar nach Erbringung der Leistung von der oder dem Versicherten durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Bei Leistungen der Ernährungstherapie ist zusätzlich die Therapiedauer je Sitzung der erbrachten Maßnahme an der oder dem Versicherten anzugeben. Bestätigungen im Voraus, Globalunterschriften sowie die Verwendung von Korrekturmitteln sind unzulässig.
- (2) Ist die oder der Versicherte aufgrund von in ihrer oder seiner Person liegenden Gründen nicht selbst in der Lage, den Empfang der Leistung mit einer eigenhändigen Unterschrift zu bestätigen, kann die Bestätigung durch eine gesetzliche Vertreterin oder einen gesetzlichen Vertreter oder durch eine Betreuungsperson mit Unterschrift auf der Rückseite des Verordnungsblattes erfolgen. Ein Hinweis, welche Person aus welchem Grund in diesen Fällen die Unterschrift geleistet hat,

ist auf der Rückseite anzubringen. Als Betreuungsperson gilt beispielsweise auch das Pflegepersonal in sozialen Einrichtungen.

- (3) Der zugelassene Leistungserbringer oder seine Leistungserbringer können die Bestätigung nicht als Vertreterin oder Vertretung oder Betreuungsperson übernehmen.
- (4) Verordnungen von Leistungen, die an Versicherte abgegeben werden, die das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind stets von der gesetzlichen Vertreterin oder dem gesetzlichen Vertreter oder einer anderen Betreuungsperson zu unterzeichnen.

§ 6 Beginn der Behandlung

- (1) Mit der Behandlung darf erst begonnen werden, wenn die Zulassung nach § 124 Absatz 1 SGB V durch die zuständige Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V erteilt wurde.
- (2) Soll die Behandlung durch ein Krankenhaus, eine Rehabilitationseinrichtung oder eine ihnen vergleichbare Einrichtung nach § 124 Absatz 5 SGB V erfolgen, gilt § 3 Absatz 5 entsprechend.
- (3) Sofern die Ärztin oder der Arzt einen dringlichen Behandlungsbedarf auf der Verordnung vermerkt hat, hat der zugelassene Leistungserbringer einen Behandlungsbeginn innerhalb von 14 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung sicherzustellen. Bei verordneten Behandlungen im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V i. V. m. § 16a Absatz 3 der Heilm-RL hat der zugelassene Leistungserbringer einen Behandlungsbeginn innerhalb von 7 Kalendertagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus oder im unmittelbaren Anschluss an die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung sicherzustellen. Ansonsten muss mit der Behandlung innerhalb von 28 Kalendertagen nach der Verordnung begonnen werden.
- (4) Kann die Heilmittelbehandlung in den genannten Zeiträumen nach Absatz 3 nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Eine nachträgliche Korrektur des dringlichen Behandlungsbedarfs ist nur innerhalb der 14-Tagesfrist möglich. Das Nähere ist in der Anlage 3 geregelt.

§ 7 Durchführung und Beendigung der Behandlung

- (1) Lässt sich bei der Durchführung der Behandlung erkennen, dass das Therapieziel voraussichtlich nicht erreicht werden kann oder dass die oder der Versicherte in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Therapie reagiert, hat der zugelassene Leistungserbringer darüber unverzüglich die oder den für die Behandlung verantwortliche Ärztin oder verantwortlichen Arzt zu informieren und die Therapie zu unterbrechen.
- (2) Wird im Verlauf der Therapie das angestrebte Therapieziel vor der vollständigen Inanspruchnahme der verordneten Behandlungsmenge je Verordnung erreicht, ist die Therapie zu beenden.
- (3) Bricht der zugelassene Leistungserbringer die Therapie z. B. wegen fehlender Therapiefähigkeit der oder des Versicherten ab, informiert er die Ärztin und den Arzt hierüber. Der Behandlungsabbruch ist auf der Rückseite der Verordnung zu dokumentieren.
- (4) Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements gemäß § 16a HM-RL können für einen Zeitraum von bis zu 7 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus verordnet werden. Die Behandlung muss innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus aufgenommen werden und innerhalb von 12 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus abgeschlossen sein. Sofern die Behandlung nicht innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus begonnen wird, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Behandlungseinheiten, welche nicht innerhalb von 12 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus in Anspruch genommen wurden, verfallen.
- (5) Alle Leistungen einer Verordnung sind bis zum Ende auszuführen, bevor mit einer später ausgestellten Verordnung zur selben Diagnose und Diagnosegruppe begonnen wird.

§ 8 Gesetzliche Zuzahlung

- (1) Die gesetzliche Zuzahlung ist in § 32 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit § 61 Satz 3 SGB V geregelt. Sie ist höchstens auf die Kosten der erbrachten Heilmitteltherapie begrenzt und gemäß § 43c SGB V vom zugelassenen Leistungserbringer auch nur in dieser Höhe zu erheben.

- (2) Versicherte haben gesetzliche Zuzahlung zu leisten, wenn sie das 18. Lebensjahr vollendet haben und nicht von diesen nach § 62 SGB V befreit sind. Für die Zuzahlungspflicht in Höhe von 10% der Heilmittelkosten ist der Zeitpunkt der Leistungserbringung ausschlaggebend. Für die Zahlung der Verordnungsblattgebühr ist der erste Behandlungstag der Verordnung maßgebend. Zahlt der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht, hat die Krankenkasse die Zahlung einzuziehen.
- (3) Auf den Einzug der Zuzahlung darf der zugelassene Leistungserbringer nur bei Vorlage einer gültigen Befreiungsbescheinigung der zuständigen Krankenkasse verzichten. Bei Verordnungen, die über den Jahreswechsel hinaus fortgesetzt werden, ist mit dem Jahreswechsel der Befreiungsstatus erneut zu prüfen.
- (4) Vom zugelassenen Leistungserbringer zu viel einbehaltene Zuzahlungen (z.B. bei Rechnungskürzungen) sind von diesem an die Versicherte oder den Versicherten zurück zu erstatten; die Quittung über die Zuzahlung nach § 61 Satz 3 SGB V muss entsprechend geändert oder ausgetauscht werden.
- (5) Für die erbrachten Vertragsleistungen dürfen mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung der oder des Versicherten gemäß § 32 i. V. m. § 61 SGB V keine weiteren Zahlungen gefordert werden.
- (6) Heilmittel werden als Sachleistung erbracht. Abrechnungen, die aufgrund der Rechnungsprüfung der Krankenkasse teilweise oder ganz beanstandet werden, dürfen den Versicherten nicht in Rechnung gestellt werden.

§ 9 Wahl des Leistungserbringers

- (1) Den Versicherten steht die Wahl unter den zugelassenen Leistungserbringern frei. Sie dürfen in dieser Wahl nicht beeinflusst werden.
- (2) Die Krankenkassen informieren die Versicherten auf Anfrage über die Kontaktdaten von zugelassenen Leistungserbringern.
- (3) Mit der Leistungspflicht der Krankenkasse/n darf nicht geworben werden.
- (4) Eine Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern und Ärztinnen und Ärzten, die dazu führt, dass die freie Wahl des Versicherten unter den zugelassenen Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht gestattet. Auf die Geltung des § 128 Absatz 5b SGB V wird hingewiesen.

§ 10 Datenschutz

Der zugelassene Leistungserbringer ist aufgrund Gesetzes verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG oder KDG oder DSG-EKD) einzuhalten.

§ 11 Zulassung

- (1) Leistungserbringer erhalten eine Zulassung nach § 124 SGB V, wenn die folgenden Anforderungen erfüllt werden:

Der Leistungserbringer

- a) besitzt die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis oder einen vergleichbaren akademischen Abschluss,
- b) verfügt über eine Praxisausstattung, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet und
- c) erkennt die für die Versorgung mit Heilmitteln geltenden Verträge nach § 125 Absatz 1 SGB V und § 125a SGB V an.

Zusätzlich zu den vorgenannten Zulassungskriterien gelten für die Ernährungstherapie gemäß der Heilmittel-Richtlinie sowie der Anlage 5 weitere Anforderungen an die Qualifikation der Leistungserbringer für Ernährungstherapie.

- (2) Verfügt der zugelassene Leistungserbringer selbst nicht über die erforderliche Ausbildung nach Absatz 1 lit. a. muss vor der Zulassung nachgewiesen werden, dass die Behandlungen ausschließlich durch entsprechend qualifizierte Leistungserbringer durchgeführt werden, welche die Anforderungen nach § 124 Absatz 1 Nr. 1 SGB V in Verbindung mit Anlage 5 dieses Vertrages erfüllen.
- (3) Die räumlichen Mindestanforderungen sowie die Pflichtausstattung müssen nach Maßgabe der Anlage 5 nachgewiesen werden. Bei interdisziplinären Praxen gelten darüber hinaus die Zulassungsanforderungen des jeweiligen Vertrags nach § 125 SGB V.
- (4) Änderungen in Bezug auf die tatsächlichen oder rechtlichen zulassungsbegründenden Verhältnisse sind vom zugelassenen Leistungserbringer oder der Einrichtung nach § 124 Absatz 5 SGB V unaufgefordert und mindestens 14 Kalendertage vor der Änderung gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach

§ 124 Absatz 2 SGB V anzuzeigen. Neben den in diesem Vertrag genannten Anforderungen hat der zugelassene Leistungserbringer die in der Anlage 5 dieses Vertrages geregelten Anforderungen dauerhaft zu erfüllen.

- (5) Die Praxis muss öffentlich zugänglich, von privaten Bereichen räumlich getrennt und sollte auf die Abgabe von therapeutischen Leistungen aus den verschiedenen Tätigkeitsfeldern im Bereich der Ernährungstherapie (z. B. Prävention, Therapie, Rehabilitation) ausgerichtet sein.
- (6) Sofern während der Öffnungszeiten in der Praxis oder angrenzend an die Praxis weitere Leistungen außerhalb der in Absatz 5 genannten Tätigkeitsfelder angeboten werden, muss neben einer ungestörten Heilmittelabgabe gewährleistet sein, dass der oder die Versicherte die Leistungen erhält, ohne dafür die für diese weiteren Leistungen separat vorzuhaltenden Räume oder Bereiche betreten zu müssen.
- (7) Für die Zulassung sind die notwendigen Unterlagen wie folgt einzureichen oder vorzulegen:
 - a) Qualifikation: Urkunde zur Führung der Berufsbezeichnung oder die Diplom-, Bachelor- und/oder Masterurkunden inklusive Zeugnis und Leistungsübersicht. Bei im Ausland erworbenen Berufs- oder akademischen Abschlüssen ist die Bescheinigung über die Anerkennung der zuständigen Anerkennungsstelle zur Führung der Berufsbezeichnung vorzulegen.
 - b) Praxisausstattung: Nachweis über das Eigentum oder das Recht an der Praxisnutzung (Mietvertrag, etc.), Raumskizze inkl. der Angabe der m²-Zahl und der Deckenhöhe je Raum, sowie Aufstellung über die vorhandenen Geräte und Einrichtungsgegenstände.
 - c) Sonstiges: Soweit es sich um Personengesellschaften oder juristische Personen handelt: Auszug aus dem Handels-/Partnerschaftsregister ggf. vergleichbare Nachweise.
- (8) Der GKV-Spitzenverband veröffentlicht nach § 124 Absatz 2 SGB V eine Liste über die zugelassenen Leistungserbringer mit den nachfolgenden Angaben des jeweils zugelassenen Leistungserbringers:
 - a) Heilmittelbereich
 - b) Spezialisierung (CF und/oder SAS)
 - c) Name der Praxis
 - d) Anschrift
 - e) Telefonnummer
 - f) E-Mail (optional)
 - g) Homepage (optional)

- h) Barrierefreiheit (optional)
- i) rollstuhlgerechter Zugang (ja)
- j) Angaben zu § 125a SGB V

Der zugelassene Leistungserbringer stellt sicher, dass die Angaben gemäß a) bis i) stets aktuell bei den zuständigen Arbeitsgemeinschaften nach § 124 Absatz 2 SGB V vorliegen.

- (9) Die Zulassung endet, wenn eine der Anforderungen nach Absatz 1 nicht mehr erfüllt ist, wenn diese zurückgenommen werden muss oder wenn diese von der zulassenden Stelle widerrufen wird.

§ 12 Organisatorische Anforderungen an eine Heilmittelpraxis

- (1) Die Heilmittelpraxis soll für die Versicherten an mindestens vier Tagen je Woche und für mindestens 30 Stunden je Woche erreichbar sein.
- (2) Werden einem Leistungserbringer in Ausübung der beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so ist das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) zu beachten.

§ 13 Barrierefreiheit

- (1) Um den Belangen von Menschen mit Behinderung Rechnung zu tragen, informieren die Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene und die Arbeitsgemeinschaften nach § 125 Absatz 4 SGB V dahingehend, dass neue Praxisräume barrierefrei zugänglich sein sollen. Unabhängig davon sind regionale baurechtliche Anforderungen zu beachten.

§ 14 Maßnahmen der Qualitätssicherung

- (1) Die Krankenkasse oder ihr Kassenartenverband sind berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten zu prüfen. Auf Wunsch des zugelassenen Leistungserbringers ist dessen Verband hinzuzuziehen.

- (1a) Die Ernährungstherapie wird gemäß § 44 Absatz 1 HeilM-RL von Ärztinnen und Ärzten verordnet, die auf die Versorgung von Versicherten mit schweren angeborenen Stoffwechselerkrankungen oder Mukoviszidose spezialisiert sind. Dies ist in der Regel derjenige, der die krankheitsspezifische ärztliche Behandlung schwerpunktmäßig durchführt (spezialisierte Ärztin/spezialisierter Arzt). In Ausnahmefällen und in Abstimmung mit der spezialisierten Ärztin oder dem spezialisierten Arzt kann nach Maßgabe von § 44 Absatz 4 HeilM-RL Ernährungstherapie auch durch andere nicht spezialisierte Ärztinnen und Ärzte verordnet werden. Gemäß § 44 Absatz 7 HeilM-RL bedarf es für die Gewährleistung der Patientensicherheit und Behandlungsqualität eines kontinuierlichen Informationsaustausches und einer engen zulässigen fachlichen Zusammenarbeit (vgl. § 128 SGB V) zwischen der spezialisierten Ärztin oder dem spezialisierten Arzt und dem Leistungserbringer, die über das in § 14 HeilM-RL beschriebene Maß hinausgeht. Das Nähere hierzu ist in Anlage 1 beschrieben.
- (2) Zur Sicherung der Qualität hat der zugelassene Leistungserbringer insbesondere Folgendes zu gewährleisten:
- a) Kooperation und enge fachliche Zusammenarbeit zwischen zugelassenen Leistungserbringer und der Ärztin oder dem Arzt nach Maßgabe der Heilmittel-Richtlinie,
 - b) Orientierung der Therapie an der Indikation (bestehend aus Diagnose und funktioneller/struktureller Schädigung), am Therapieziel und der Belastbarkeit der oder des Versicherten,
 - c) Durchführung der Therapie gemäß der Leistungsbeschreibung,
 - d) Bewertung und Anpassung des Therapieverlaufs,
 - e) Führen einer Verlaufsdokumentation gemäß § 3 Absatz 13.
- (3) Soweit eine Praxisbegehung stattfinden soll, ist einer von der jeweiligen Krankenkasse oder ihrer Kassenartenverbände bestellten sachverständigen Person nach vorheriger Ankündigung von 14 Kalendertagen innerhalb der Praxiszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren.
- (4) Der zugelassene Leistungserbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hierzu zählen, soweit erforderlich, insbesondere die Angaben nach § 3 Absatz 5, die Verlaufsdokumentation und andere sich aus dieser Vereinbarung ergebende Nachweise. Soweit dies zur Einhaltung datenschutzrechtlicher Anforderungen erforderlich ist, ist der zugelassene Leistungserbringer berechtigt und verpflichtet, diese Unterlagen in der Weise zu schwärzen, dass ein Personenbezug ausgeschlossen ist. Für die Krankenkassen und ihre Kassenartenverbände gilt § 35 SGB I.

- (5) Über die Prüfung ist von der bestellten sachverständigen Person ein Bericht zu erstellen, in dem der Gegenstand und das Ergebnis der Prüfung sowie notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von etwaigen Beanstandungen aufgezeigt werden. Der Bericht ist dem zugelassenen Leistungserbringer und der Krankenkasse oder ihrem Kassenartenverband zur Verfügung zu stellen.
- (6) Soweit Beanstandungen festgestellt werden, entscheidet die Krankenkasse oder ihr Kassenartenverband nach Anhörung des zugelassenen Leistungserbringers, welche Maßnahmen der zugelassene Leistungserbringer zur Beseitigung der Defizite und innerhalb welcher Frist zu treffen hat.
- (7) Sofern die Beanstandungen nicht innerhalb der Frist nach Absatz 6 behoben wurden, liegt ein Vertragsverstoß gemäß § 20 vor, der die Krankenkasse oder ihr Kassenartenverband dazu berechtigt, die in § 20 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.
- (9) Jeder Leistungserbringer hat sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß der Anlage 4 fortzubilden. Der Nachweis über die absolvierten Fortbildungen ist auf Anforderung der Krankenkasse oder ihres Kassenartenverbandes innerhalb eines Monats zu erbringen.

§ 15 Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung

- (1) Die Leistungen sind ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Sie haben gemäß § 70 SGB V dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Es ist darauf zu achten, dass die Leistungen nur im notwendigen medizinischen Umfang durchgeführt werden. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Anspruchsberechtigte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht vergüten.
- (2) Kriterien einer wirtschaftlichen Leistungserbringung sind insbesondere:
 - a) Abstimmung des ernährungstherapeutischen Therapieplans mit der vertragsärztlichen Therapiezieldefinition unter Berücksichtigung des verordneten Heilmittels

- b) Anwendung des verordneten Heilmittels gemäß der Leistungsbeschreibung
 - c) enge fachliche Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt gemäß § 44 Absatz 7 HeilM-RL
 - d) fristgerechter Behandlungsbeginn
 - e) Regelleistungszeit je Therapieeinheit
 - f) Therapiedauer bis zur Erreichung des Therapieziels
 - g) Therapiefrequenz
 - h) Status/Zustand und Kooperation der oder des Versicherten
 - i) Durchführung von Hausbesuchen
- (3) Die Krankenkasse und deren Kassenartenverband können Maßnahmen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einleiten.

§ 16 Vergütung

- (1) Die Vergütung der vertraglichen Leistungen erfolgt nach Maßgabe der Anlage 2 in der jeweils geltenden Fassung.
- (2) Der Vergütungsanspruch entsteht für die ordnungsgemäße Erfüllung der vertraglichen Leistungen, soweit die Voraussetzungen nach § 2 Absatz 1 erfüllt sind. Wird nachträglich festgestellt, dass die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt zu Unrecht die Zuständigkeit einer Krankenkasse angenommen hat, führt dies nicht zum Verlust des Vergütungsanspruchs des Leistungserbringers gegenüber der auf dem Verordnungsvordruck angegebenen Krankenkasse.
- (3) Die von einem zugelassenen Leistungserbringer angestellten Leistungserbringer sollen von Vergütungsanhebungen in einem angemessenen Rahmen partizipieren. Die zugelassenen Leistungserbringer sollen daher vereinbarte Vergütungsanhebungen in einer angemessenen Höhe an angestellte Leistungserbringer weitergeben.

§ 17 Verwendung des Institutionskennzeichens

- (1) Jeder zugelassene Leistungserbringer verfügt gemäß § 293 SGB V für jede Betriebsstätte/jeden Standort/jeden Heilmittelbereich über ein Institutionskennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit den Krankenkassen verwendet. Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institu-

tionskennzeichen (SVI), im Hause der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin (www.arge-ik.de) zu beantragen. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der SVI unverzüglich schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. Mitteilungen an die Krankenkassen, die zuständige Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt. Der zugelassene Leistungserbringer hat dafür Sorge zu tragen, dass seine bei der SVI hinterlegten Daten stets aktuell sind.

- (2) Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V bei der Zulassung mitzuteilen. Bei Abrechnungen von ambulant erbrachten Heilmitteln durch Einrichtungen nach § 124 Absatz 5 SGB V ist das eingesetzte IK vor erstmaliger Abrechnung mit der Krankenkasse dieser mitzuteilen. Abrechnungen mit den Krankenkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK. Bei Verwendung eines Praxis-**IK** durch mehrere Leistungserbringer ist der behandelnde Leistungserbringer oder sind die behandelnden Leistungserbringer in der Abrechnung namentlich zu nennen. Abrechnungen ohne **IK** oder mit fehlerhaftem **IK** werden von den Krankenkassen abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Krankenkasse unbekanntem **IK**. Die unter dem gegenüber den Krankenkassen verwandten **IK** bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung, sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die Krankenkassen. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von den Krankenkassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.
- (3) Nach Beendigung der Zulassung ist das geführte **IK** bei der SVI abzumelden, sofern dem keine anderweitigen Regelungen entgegenstehen. Eine Stilllegung des **IK** darf erst erfolgen, wenn alle Forderungen aus Vertragsleistungen abgerechnet wurden.

§ 18 Abrechnungsregelungen

- (1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Absatz 2 SGB V einschließlich ihrer Anlagen (im folgenden Richtlinien nach § 302 SGB V genannt – abrufbar unter www.datenaustausch.de) in der jeweils aktuellen Fassung, soweit dieser Vertrag keine abweichenden Regelungen enthält.

- (2) Abrechnungen, die den Richtlinien nach § 302 SGB V und/oder diesem Vertrag nicht entsprechen, werden von den Krankenkassen abgewiesen.
- (3) Nach § 302 Absatz 1 SGB V sind die zugelassenen Leistungserbringer verpflichtet, den Krankenkassen die Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der zugelassene Leistungserbringer zu vertreten hat, werden die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen zugelassenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 5 % des Rechnungsbetrages in Rechnung gestellt (§ 303 Absatz 3 S. 2 SGB V). Als nicht maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten auch im Wege elektronischer Datenübermittlung übermittelte Daten (insbesondere AC/TK bzw. LEGS, Positionsnummern, Preise, LANR, Indikationsschlüssel und ICD-10, Tag der Leistungserbringung), die nicht den Vereinbarungen in den Anlagen entsprechen.
- (4) Die Rechnungsstellung erfolgt je zugelassenen Leistungserbringer monatlich einmal für alle abgeschlossenen oder beendeten Verordnungen bei den von den Krankenkassen benannten Stellen (Daten- und Papierannahmestellen) als Sammelrechnung, soweit keine abweichende Regelung mit der jeweiligen Krankenkasse vereinbart wurde. Als Rechnungseingang gilt der Tag, an dem die vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenkassen benannten Stellen eingegangen sind.
- (5) Forderungen aus Vertragsleistungen können von den zugelassenen Leistungserbringern nach Ablauf von 9 Kalendermonaten, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie abgeschlossen worden sind, nicht mehr erhoben werden. Dies gilt auch für Forderungen von gesetzlichen Zuzahlungen nach § 43c SGB V. Maßgeblich ist das Datum des Rechnungseingangs. Für verspätet eingehende Rechnungen besteht kein Vergütungsanspruch.
- (6) Der zugelassene Leistungserbringer trägt die folgenden Angaben auf dem Verordnungsblatt (Vordruckmuster 13) auf:
 - a) IK des Leistungserbringers (§ 17)
 - b) Rechnungs- und Belegnummer
- (7) In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte 7-stellige Schlüssel „Leistungserbringergruppe“ anzugeben. Unter diesem Schlüs-

sel dürfen ausschließlich die von der Vergütungsliste umfassten Leistungen abgerechnet werden. Bei der Abrechnung sind ausschließlich die in der Vergütungsliste aufgeführten 5-stelligen Heilmittelpositionsnummern zu verwenden.

- (8) Der in der Verordnung angegebene Indikationsschlüssel ist in der Abrechnung (im vorgesehenen Datenfeld) zu übermitteln.
- (9) Sofern sich aus der Verordnung Besonderheiten ergeben, ist das entsprechende Kennzeichen "Verordnungsbesonderheiten" gemäß den Richtlinien nach § 302 SGB V (z.B. Entlassmanagement) im Rahmen des Datenträgeraustausches im Datensatz anzuliefern.
- (10) Sofern die Heilmittelverordnung einen oder mehrere ICD-10-Schlüssel enthält, sind diese im Rahmen des Datenträgeraustausches im Datensatz zu übermitteln. Eventuell fehlende Arzt-/Betriebsstättennummern im Versichertenfeld sind vom zugelassenen Leistungserbringer für die Abrechnung aus dem Stempel der Ärztin oder des Arztes zu übernehmen.
- (11) Alle Zahlungen erfolgen unter Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Beanstandungen müssen von den Krankenkassen gegenüber den rechnungsstellenden Stellen innerhalb der 9 Kalendermonaten geltend gemacht werden. Für unerlaubte Handlungen (z.B. Abrechnung nicht erbrachter Leistungen) gilt abweichend die Frist nach § 45 SGB I. Rückforderungen können – auch ohne Einverständnis des zugelassenen Leistungserbringers – mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden. Dies gilt auch bei einer Abrechnung über eine leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle. Originalverordnungen verbleiben bei der Krankenkasse. Die Frist nach Satz 1 gilt nicht bei Vertragsverstößen, die einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch hervorrufen, bei einem Fehlverhalten i.S. des § 197a SGB V und bei unerlaubten Handlungen. Hier gelten die gesetzlichen Verjährungsfristen. Das Recht zur Aufrechnung von Forderungen bleibt unberührt. Widerspricht der zugelassenen Leistungserbringer oder eine leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle einer Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von drei Monaten nach Bekanntgabe der Beanstandung, so gilt diese als anerkannt. Solche Einsprüche sind in Textform an die unter Absatz 4 genannten Stellen zu richten.
- (12) Sofern bei einer Praxisübernahme oder bei einem Wechsel des zugelassenen Leistungserbringers durch die oder den Versicherten Leistungen von zwei verschiedenen Praxen in Anspruch genommen wurden, ist nach Rücksprache mit der Abrechnungsstelle der jeweils zuständigen Krankenkasse die zweite Abrech-

nung mittels einer Verordnungskopie möglich. Dies ist auf den beiden Verordnungen (Original und Kopie) entsprechend zu dokumentieren. Die Leistungsbestätigung muss auf der jeweils zur Abrechnung eingereichten Unterlage erfolgt sein. Bereits abgerechnete Leistungen sind auf der Verordnungskopie durch einen Vermerk kenntlich zu machen und können nicht erneut nach Beendigung der Behandlungsserie in Rechnung gestellt werden. Darüber hinaus sind Teilabrechnungen nicht möglich.

- (13) Die Bezahlung der Rechnungen ist 30 Kalendertage nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenkassen benannten Stellen fällig. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Fällt das Fristende auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, so tritt Fälligkeit erst am nächstfolgenden Arbeitstag ein.
- (14) Überträgt ein zugelassener Leistungserbringer die Abrechnung einer leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle oder wechselt er diese, so hat der zugelassene Leistungserbringer die Krankenkasse oder, sofern die Krankenkasse eine Abrechnungsstelle beauftragt hat, die krankenkassenseitige Abrechnungsstelle, unverzüglich schriftlich oder in Textform hierüber zu informieren. Der Krankenkasse oder die von ihr beauftragte krankenkassenseitige Abrechnungsstelle ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle die Rechnungsstellung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht, mitzuteilen. Die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle liefert die Abrechnung ausschließlich im Wege der maschinell verwertbaren Datenübermittlung nach den Absätzen 3 und 4. Abrechnungsstellen gelten als Erfüllungsgehilfen ihrer Auftraggeber nach § 278 BGB. Der zugelassene Leistungserbringer ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle verantwortlich.
- (15) Hat der zugelassene Leistungserbringer der leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle für die Krankenkassen mit schuldbefreiender Wirkung. Ansprüche durch den zugelassenen Leistungserbringer nach § 288 BGB gegenüber der Krankenkasse sind in diesen Fällen ausgeschlossen. Forderungen der Krankenkasse gegen den zugelassenen Leistungserbringer können auch gegenüber der leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle aufgerechnet werden.

- (16) Verordnungen für Versicherte, die Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt haben, können vom zugelassenen Leistungserbringer nicht mit der Krankenkasse abgerechnet werden. Die Rechnungsstellung des Leistungserbringers erfolgt direkt an den Versicherten.

§ 19 Regelungen zu IT-gestützten Verfahren

Sofern sich ein, mehrere oder alle zugelassenen Leistungserbringer oder deren Verbände, mit einer, mehreren oder allen Krankenkassen darüber verständigen, können in dem jeweiligen Verhältnis einzelne, mehrere oder alle nicht elektronischen Prozesse dieses Vertrags auch abweichend digital ausgestaltet werden. Dies umfasst insbesondere die Leistungsbestätigung nach § 5.

§ 20 Maßnahmen bei Vertragsverstößen¹

- (1) Verstößt ein zugelassener Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Erfüllung dieses Vertrages gegen die ihm obliegenden gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten („Verstoß“), so sind die betroffenen Krankenkassen nach dessen Anhörung berechtigt,
- a) bei einem noch andauernden Verstoß eine schriftliche Verwarnung auszusprechen und eine Frist zur Beseitigung des Verstoßes zu setzen,
 - b) eine schriftliche Abmahnung auszusprechen, wenn der Verstoß nicht mehr andauert,
 - c) bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen eine angemessene Vertragsstrafe zu verlangen.

Die Entscheidungsbefugnisse der Arbeitsgemeinschaften nach § 124 Absatz 2 SGB V bleiben unberührt.

- (2) Zu den schwerwiegenden Verstößen zählen insbesondere:
- a) Nichterfüllung von personellen, räumlichen, sachlichen und organisatorischen Voraussetzungen der Leistungserbringung,
 - b) Abrechnung nicht erbrachter Leistungen,

¹ § 20 gilt aufgrund der Entscheidung der Schiedsstelle vom 26.04.2021 in der Fassung des Schiedsspruches (3 HE 29–20) vom 21.05.2021. Gegen den Schiedsspruch sind Klagen der maßgeblichen Spitzenorganisationen in der Ernährungstherapie anhängig, die aber keine aufschiebende Wirkung haben.

- c) nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen,
- d) Erhebungen von Zahlungen durch die Versicherten, die über die gesetzlichen Zuzahlungen hinausgehen. Schriftlich vereinbarte private Zusatzleistungen bleiben hiervon unberührt.

- (3) Der Leistungserbringer ist jederzeit berechtigt, seinen Berufsverband hinzuzuziehen und diesen Erklärungen für sich abgeben zu lassen.

§ 21 Inkrafttreten und Beendigung des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag tritt am 16.10.2021 in Kraft. Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten, erstmals zum 31.10.2023, schriftlich gekündigt werden. Der Vertrag kann durch den GKV-Spitzenverband einerseits oder andererseits durch alle leistungserbringerseitigen Vertragspartner gemeinsam gekündigt werden.
- (2) Über eine Kündigung ist die Schiedsstelle nach § 125 Absatz 6 SGB V vom kündigenden Vertragspartner unverzüglich zu informieren.
- (3) Die Anlagen nach § 1 Absatz 2 lit. c) bis e) können unter Einhaltung der Frist nach Absatz 1 gesondert gekündigt werden. Für die Kündigung der Anlage nach § 1 Absatz 2 lit. b) gilt die dort vereinbarte Frist. Die Gültigkeit dieses Vertrages wird durch Kündigung einer oder mehrerer Anlagen nicht berührt.
- (4) Die Vertragspartner vereinbaren, Änderungen der Heilmittel-Richtlinie, sofern sie den Inhalt dieses Vertrages einschließlich seiner Anlagen betreffen, unverzüglich in den Vertrag aufzunehmen.
- (5) Dieser Vertrag gilt solange fort, bis ein neuer Vertrag geschlossen oder gemäß § 125 Absatz 6 SGB V festgesetzt wurde, dies gilt auch für die Anlagen gemäß § 1 Absatz 2 lit. c) bis e).

§ 22 Schlussbestimmungen

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt. Die Vertragsparteien verpflichten sich, sich unverzüglich über eine Neuregelung der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung zu verständigen, deren Wirkung der wirtschaftlichen Zielsetzung am nächsten kommt, die die Vertragsparteien mit

der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist. Einvernehmliche Änderungen des Vertrages sind jederzeit möglich.

- (2) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform, soweit nicht in diesem Vertrag ausdrücklich etwas Abweichendes bestimmt ist. Dies gilt auch für eine Änderung oder Abbedingung dieser Schriftformklausel.
- (3) Der Vertrag geht vom Grundsatz vertrauensvoller Zusammenarbeit aus.
- (4) 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.

Anlage 1
Leistungsbeschreibung

zum
Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V
über
die Versorgung mit Leistungen
der Ernährungstherapie
und deren Vergütung

Teil 1: Allgemeines zur Leistungsbeschreibung Ernährungstherapie

1. Grundsätze

Die Leistungsbeschreibung Ernährungstherapie berücksichtigt die Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses; Änderungen in der Richtlinie mit Folgewirkungen für die Leistungsbeschreibung erfordern deren Anpassung.

Die Leistungsbeschreibung orientiert sich an der Gliederung in der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Die Leistungsbeschreibung umfasst die verordnungsfähigen Maßnahmen der Ernährungstherapie gemäß der HeilM-RL. Sie benennt die wesentlichen Indikationen, Therapieziele, Methoden und Verfahren für die einzelnen Maßnahmen beispielhaft und ordnet diese einzelnen Leistungen zu.

Den einzelnen Leistungen der Ernährungstherapie sind Positionsnummern des Bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummernverzeichnisses zugeordnet.

2. Aufnahme der Therapie; Erstellung eines Therapieplans

Die Ernährungstherapie wird i. d. R. von Vertragsärztinnen oder Vertragsärzten verordnet, die auf die Versorgung von Versicherten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen oder Mukoviszidose spezialisiert sind und die krankheitsspezifische Behandlung schwerpunktmäßig durchführen. Abweichungen hiervon regelt § 44 Absatz 4 HeilM-RL.

Die Verordnung enthält unter anderem die ärztliche Diagnose, Angaben zum aktuellen Status der relevanten Stoffwechselfparameter oder Ernährungsparameter (z. B. Gewicht), Zielwerte/-korridore zu relevanten Stoffwechselfparametern oder Ernährungsparametern, die Leitsymptomatik, Therapieziele. Vor der Aufnahme der Therapie führt der Leistungserbringer zudem eine ernährungstherapeutische Anamnese (vgl. Teil 2 Ziffer 1) durch. Auf Basis aller ihm vorliegenden Informationen erstellt der Leistungserbringer einen individuellen Therapieplan. Bei der Erstellung des Therapieplans wird die oder der Versicherte und – wenn erforderlich – die relevanten Bezugspersonen miteinbezogen.

Die Information, Beratung und Schulung der Versicherten und/oder der relevanten Bezugspersonen über die Ziele, die Wirkungen und den Therapieverlauf sind unverzichtbare Bestandteile der Maßnahmen der Ernährungstherapie. Die Maßnahmen der Ernährungstherapie werden mit dem Ziel angewendet, das Selbst- und Krankheitsmanagement von Versicherten (und ggf. ihrer relevanten Bezugspersonen) zu verbessern, damit sie an individuellen Problemlagen und Ressourcen orientiert, alltagspraktische Handlungskompetenzen erwerben und anwenden können. Hierzu gehören

auch die ernährungstherapeutische Anleitung der Versicherten zur eigenverantwortlichen gesundheitsgerechten Umsetzung aller vereinbarten Maßnahmen im häuslichen und sozialen Umfeld sowie die Einweisung und Beratung indikationsspezifischer Koch- und Küchentechniken und praktische Hinweise zur Umsetzung der individuellen Diät. Die notwendige isolierte Beratung der relevanten Bezugspersonen im Rahmen einer Verordnung ist als Therapieeinheit möglich. Dies ist insbesondere bei solchen Versicherten der Fall, bei denen die relevanten Bezugspersonen überwiegend für die Nahrungszubereitung bzw. Nahrungszufuhr/Fütterung verantwortlich sind (z. B. Kinder; Pflegebedürftige, etc.).

Auf der Grundlage des Therapieplans wird dann die jeweilige Maßnahme der Ernährungstherapie durchgeführt. Dabei sind die individuellen Bedürfnisse und die jeweilige Stoffwechsellage der Versicherten besonders hinsichtlich der Interventionsmethoden sowie der Dauer, Intensität und des Umfangs der Therapie zu berücksichtigen. Ferner sind unter Berücksichtigung der variablen Kontextfaktoren und des jeweiligen Krankheitsstadiums die definierten Therapieziele abzustimmen und im ernährungstherapeutischen Prozess kontinuierlich zu überprüfen.

Die Ernährungstherapie wird in der Regel als Einzeltherapie verordnet, kann aber auch als Gruppentherapie erbracht werden. Hat die Ärztin oder der Arzt Einzeltherapie verordnet und kommt die Therapeutin oder der Therapeut im Laufe der Therapie zu der Einschätzung, dass anstatt der verordneten Einzeltherapien einzelne Behandlungseinheiten in Form von Gruppentherapie durchgeführt werden sollten, ist dies nach Zustimmung der Versicherten oder des Versicherten und im Einvernehmen mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt möglich.

Die Ärztin oder der Arzt verordnet die Ernährungstherapie gemäß § 42 Absatz 2 HeilM-RL in Einheiten von 30 Minuten. Hieraus ergibt sich das maximale Zeitkontingent je Verordnung. Dieses Zeitkontingent teilt der Leistungserbringer im Therapieplan symptom- und bedarfsorientiert auf. Sofern therapeutisch notwendig, können auch mehrere Behandlungseinheiten pro Tag erbracht werden, dies muss nicht zwingend zusammenhängend erfolgen.

Das sich aus der Verordnung ergebende maximale Zeitkontingent darf ausschließlich für die Durchführung der jeweiligen Therapiemaßnahmen nach Teil 2 Ziffer 1 und 2 mit den Versicherten und/oder der relevanten Bezugspersonen (Eltern, Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer, Betreuer oder sonstige Personen, die unmittelbar und regelmäßig mit der Krankheit der Versicherten (bzw. mit der Umsetzung der Ernährungstherapie befasst sind) verwendet werden. Die Leistungen unter Teil 2 Ziffer 3 und 4 sind hingegen nicht Bestandteil dieses Zeitkontingents. Diese Leistungen können daher zusätzlich zu den Leistungen erbracht und abgerechnet werden.

Die Festlegung der Frequenz und Dauer der Behandlungseinheiten erfolgt symptom- und bedarfsorientiert durch den Leistungserbringer und in enger Abstimmung mit der Ärztin oder dem Arzt.

Diese richtet sich vor allem:

- nach dem Umfang und der Schwere des Krankheitszustandes/der Stoffwechselsituation,
- des zu lösenden Ernährungsproblems
- sowie nach den persönlichen Voraussetzungen der Versicherten bzw. deren relevanten Bezugspersonen.

3. Vor- und Nachbereitung, Verlaufsdokumentation

Die Vor- und Nachbereitung des Therapieplatzes und der Therapiemittel ist für die Maßnahmen der Ernährungstherapie unabdingbar. Im Rahmen der Vor- und Nachbereitung prüft der Leistungserbringer auch, ob sich durch die einzelnen Interventionen der gewünschte Therapieerfolg einstellt. Auf Basis seiner Erkenntnisse passt der Leistungserbringer die angewendeten Methoden und Verfahren regelmäßig an. Abschließend sind die erreichten Ergebnisse zu überprüfen bzw. hinsichtlich der Therapieziele zu evaluieren.

Die notwendige Vor- und Nachbereitung ist Gegenstand der jeweiligen Leistung nach Teil 2 Ziffer 1 bis 4. Sie darf nicht innerhalb der Therapiezeit durchgeführt werden.

Im Interesse einer effektiven und effizienten Ernährungstherapie ist eine Verlaufsdokumentation zu führen (gemäß § 3 Absatz 12). Sie erfolgt je Behandlungseinheit und umfasst die durchgeführten Maßnahmen, deren therapeutische Wirkung auf den Krankheitszustand/die Stoffwechselsituation der Versicherten sowie ggf. Besonderheiten bei der Durchführung.

Sofern die Ärztin oder der Arzt auf der Verordnung einen Therapiebericht angefordert haben, unterrichtet die Therapeutin oder der Therapeut diesen gemäß § 16 Absatz 7 HeilM-RL nach Ende der Therapieserie schriftlich über den Therapieverlauf. Eine prognostische Einschätzung hinsichtlich der Erreichung des Therapieziels sowie ggf. aus dem Behandlungsverlauf resultierende Vorschläge zur Änderung des Therapieplans sind abzugeben, sofern der Leistungserbringer die Fortsetzung der Therapie für erforderlich hält. Die Erstellung eines ausführlichen Berichts ist nicht Bestandteil der therapeutischen Leistung.

Die Verlaufsdokumentation und die Mitteilung an die Ärztin oder den Arzt sind Gegenstand der jeweiligen Leistung nach Teil 2 Ziffer 1 bis 4. Sie darf nicht innerhalb der Therapiezeit durchgeführt werden.

Sofern es aufgrund des Behandlungsverlaufs/des Krankheitszustands/der Stoffwechselsituation darüberhinausgehenden Abstimmungsbedarf mit der für die Behandlung verantwortlichen Ärztin oder den für die Behandlung verantwortlichen Arzt gibt, ist dieser gemäß Teil 2 Ziffer 4 zu erbringen und abzurechnen.

4. Maßnahmen der Ernährungstherapie

Die Ernährungstherapie kann gemäß § 43 HeilM-RL folgende individuelle Maßnahmen umfassen:

1. Ernährungstherapeutische Anamnese und Abstimmung der Therapieziele
2. Beratung zur indikationsspezifischen Pathophysiologie
3. Beratung zur indikationsspezifischen Lebensmittelauswahl unter Berücksichtigung der Lebensmittelinhaltsstoffe aus diätetischer Sicht
4. Beratung zu indikationsspezifischen Prinzipien der Ernährung unter besonderer Berücksichtigung des Einsatzes balanzierter Nahrungsmittel, die in ihrer Zusammensetzung geeignet sind, den jeweiligen Stoffwechseldefekt zu kompensieren
5. Beratung und Unterstützung bei der praktischen Umsetzung einer Enzym-, Vitamin-, Mineralstoff-, Aminosäuren-, Fett- oder Spurenelemente-Substitution
6. Anleitung zur Durchführung und Umsetzung einer enteralen Ernährung (Trink- oder Sondennahrung) und parenteralen Ernährung in der häuslichen Umgebung
7. Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen
8. Anleitung zur praktischen Umsetzung der diätetischen Maßnahmen im Alltag und in besonderen Lebenssituationen
9. Diätetische Produktinformationen und Informationen über Lebensmittelinhaltsstoffe
10. Einweisung und Beratung indikationsspezifischer Koch- und Küchentechniken und praktische Hinweise zur Umsetzung der individuellen Diät

Die in der HeilM-RL benannten Maßnahmen der Ernährungstherapie werden folgenden einzelnen Leistungspositionen zugeordnet:

1. Ernährungstherapeutische Anamnese
2. Ernährungstherapeutische Intervention
3. Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen

4. Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei (Ärztin oder Arzt, weitere Leistungserbringer), die das übliche Zusammenwirken übersteigt

Die einzelnen Leistungspositionen werden in Teil 2 weiter beschrieben.

Teil 2: Beschreibung der Einzelleistungen

1. Ernährungstherapeutische Anamnese

Definition:

Die Maßnahme basiert auf § 43 Ziffer 1 HeilM-RL. Die Ernährungstherapeutische Anamnese und Therapieplanung umfasst das Ernährungsassessment, die Ernährungsdiagnose sowie die Planung der Ernährungsintervention.

Die Ernährungstherapeutische Anamnese umfasst das Sammeln, Erheben und Abgleichen aller patientenbezogenen, für die Ernährungstherapie relevanten Daten. Es können objektive (klinische, biomedizinische, anthropometrische Daten, klinischer Status) und subjektive Daten (von den Versicherten oder den Angehörigen gelieferte subjektive Daten, z. B. zum häuslichen Umfeld oder zur Lebensmittel- und Nährstoffaufnahme) eine Rolle spielen. Nach Bedarf werden Screening- und/oder differenzierte Assessmentmethoden (Befragungs-, Beobachtungs- und Testverfahren) eingesetzt. Die Berücksichtigung von umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren ist für die Ernährungstherapie von besonderer Bedeutung.

Im Verlauf der Therapie sind ein kontinuierliches Re-Assessment und die Überprüfung der Ernährungsdiagnose zur Anpassung der Ernährungsintervention erforderlich. Es findet zumeist in einer komprimierten Form bei jedem Patientenkontakt statt, da Patientendaten, insbesondere medizinische und ernährungsbezogene Daten, sich jederzeit und kurzfristig (z. B. durch geänderte Lebensumstände wie Kita- oder Schulwechsel, Schwangerschaft, Arbeitsplatzwechsel oder Reisen) ändern können.

Die Ernährungsdiagnose unterscheidet sich von der medizinischen Diagnose. In der Ernährungsdiagnose werden ein oder mehrere Ernährungsprobleme identifiziert. Sie stellt somit das Bindeglied zwischen dem Ernährungsassessment und der Ernährungsintervention dar. Auf der Basis der Ernährungsdiagnose werden die Ernährungsinterventionen geplant.

Heilmittelpositionsnummer:

X5001	Ernährungstherapeutische Anamnese
X5002	Ernährungstherapeutische Anamnese

Regelleistungszeit:

X5001	60 Minuten Ernährungstherapeutische Anamnese
X5002	30 Minuten Ernährungstherapeutische Anamnese

Therapiezeit	Vor- und Nachbereitung, Dokumentation:
X5001 mindestens 30 Minuten X5002 mindestens 15 Minuten	X5001 maximal 30 Minuten X5002 maximal 15 Minuten
<p>Indikation: Seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose, wenn Ernährungstherapie als medizinische Maßnahme (ggf. in Kombination mit anderen Maßnahmen) zwingend erforderlich ist, da ansonsten schwere geistige oder körperliche Beeinträchtigungen oder Tod drohen.</p>	
<p>Leistung des ernährungstherapeutischen Assessments: Erheben und Auswerten von Parametern auf:</p> <p>Ebene der Körperfunktionen und Strukturen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. anthropometrische Daten (auf Verordnungsvordruck beachten) z. B.: Alter, Größe, Gewicht, Perzentile bzw. BMI, Gewichtsverlauf 2. Labordaten, Ergebnisse medizinischer Diagnostik 3. Energie- und Nährstoff- und Flüssigkeitsbedarf 4. körperliche Verfassung, körperliche Funktion (z. B. Vorerkrankung, Zahnstatus) 5. Mentale Funktionen bzw. Schädigungen, die Auswirkung auf die Ernährung haben (z. B. Appetit) <p>Ebene der Aktivitäten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nahrungs-, Flüssigkeits- und Nährstoffaufnahme (Art, Menge, Mahlzeitenrhythmus und Mahlzeitenfrequenz) 2. Alltägliche Prozeduren die in Bezug zum Ernährungsverhalten stehen 3. Mobilität/Bewegungsverhalten (Freizeit/Berufsalltag) <p>Ebene der Teilhabe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beziehungen (aufnehmen/aufrechterhalten) 2. Beteiligung an Bildung/Ausbildung 3. Arbeitsverhältnis, bezahlte/unbezahlte Tätigkeit 4. Freizeitbeschäftigung und Hobby 5. wirtschaftliche Situation (Eigenständigkeit usw.) <p>Ebene ernährungstherapeutisch relevanter umwelt- und personenbezogener Faktoren, z. B.:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ethnische Herkunft, Migrationshintergrund, genetische Prädisposition 2. Familienstand, Religion, Muttersprache, sozio-ökonomischer 	

<p>Status</p> <ol style="list-style-type: none">3. Wohnsituation4. Kindergarten, Kindertagesstätte, Tagespflegeperson, Schule, Betreuungssituation5. Bildung, Ausbildung, berufliche Situation6. Einstellungen, Überzeugungen, Erfahrungen, Motivation zur Verhaltensänderung, Freizeitverhalten7. Essbiografie, Vorlieben, Aversionen8. Ko-Morbidität/Folgeerkrankungen/Nutzung von Hilfsmitteln9. Nutzerbezogenes Wissen über Ernährung und Lebensgestaltung10. Bewältigungsstrategien im Umgang mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen/Coping11. Unterstützung durch Familienangehörige, Freundeskreis, Nachbarn und Bekannte, Fachkräfte im Gesundheitssystem <p>Erhebung indikationsspezifischer Besonderheiten:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Verfügbarkeit von speziellen/diätetischen Lebensmitteln, oralen Supplementen, enteraler oder parenteraler Nahrung in alltäglichen und besonderen Situationen2. Arzneimittel, Nahrungsergänzungsmittel3. medizinische Behandlungen <p>Erstellen eines individuellen Therapieplanes auf Basis der Ergebnisse des ernährungstherapeutischen Assessments</p>
<p>Ziel:</p> <p>Erfassung des Ernährungsproblems unter Berücksichtigung der Ätiologie, der Symptome und der Ressourcen, um die Ernährungsdiagnose zu stellen und die Interventionen zu planen.</p>
<p>Sachaufwand:</p> <ul style="list-style-type: none">• Beratungstisch und Sitzgelegenheit für die Patientin oder den Patienten und die Therapeutin oder den Therapeuten• Computer/ Tablet mit einem Nährwertberechnungsprogramm• Ggf. geeichte Körperwaage
<p>Räumliche Mindestanforderungen:</p> <p>Therapieraum mit 12 m²</p>
<p>Besonderheiten:</p> <p>Abrechnung je Einheit aus dem maximalen Zeitkontingent je Verordnung; Therapiezeit nach Bedarf.</p>

2. Ernährungstherapeutische Intervention

Definition:

Eine Ernährungstherapeutische Intervention umfasst in Anlehnung an die Leitlinie Terminologie in der Klinischen Ernährung (2013) der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin und dem Manual für den German-Nutrition Care Process (G-NCP) 2015) obligat:

1. ein ernährungstherapeutisches Assessment,
2. einen schriftlichen Therapieplan mit Festlegung der Therapieziele,
3. bei Bedarf Modifikation des Therapieplans,
4. Auswahl der geeigneten Interventionsform,
5. Festlegung der Häufigkeit und Dauer der Kontakte bzw. Interventionen,
6. Dokumentation,
7. sowie Monitoring und Evaluation des Outcomes.

Die Intervention muss sowohl für die Lösung des Ernährungsproblems als auch für die jeweilige Nutzerin oder den jeweiligen Nutzer (Versicherte oder Versicherter) am besten geeignet sein. Die ernährungstherapeutische Intervention kann dabei in Form von Information, Aufklärung, Anleitung, Beratung und Schulung erfolgen.

Heilmittelpositionsnummer:

- X5003 Einzelbehandlung
- X5004 Einzelbehandlung
- X5005 Einzelbehandlung im häuslichen oder sozialen Umfeld
- X5006 Gruppenbehandlung
- X5007 Gruppenbehandlung

Regelleistungszeit:

- X5003 Einzelbehandlung 60 Minuten
- X5004 Einzelbehandlung 30 Minuten
- X5005 Einzelbehandlung im häuslichen oder sozialen Umfeld bis zu 4 x je Kalenderjahr sind bis zu 4 x 60 Minuten je Verordnung abrechnungsfähig
- X5006 Gruppenbehandlung 60 Minuten
- X5007 Gruppenbehandlung 30 Minuten

Therapiezeit:

- X5003 Einzelbehandlung mindestens 30 Minuten
- X5004 Einzelbehandlung mindestens 15 Minuten
- X5005 Einzelbehandlung im häuslichen oder sozialen Umfeld bis zu 4 x je Kalenderjahr

Vor- und Nachbereitung, Dokumentation:

- X5003 Einzelbehandlung maximal 30 Minuten
- X5004 Einzelbehandlung maximal 15 Minuten
- X5005 Einzelbehandlung im häuslichen oder sozialen Umfeld bis

<p>sind bis zu 4 x mindestens 30 Minuten je Verordnung abrechnungsfähig</p> <p>X5006 Gruppenbehandlung mindestens 30 Minuten</p> <p>X5007 Gruppenbehandlung mindestens 15 Minuten</p>	<p>zu 4 x je Kalenderjahr sind bis zu 4 x maximal 30 Minuten je Verordnung abrechnungsfähig</p> <p>X5006 Gruppenbehandlung maximal 30 Minuten</p> <p>X5007 Gruppenbehandlung maximal 15 Minuten</p>
<p>Indikation/ Schädigung: Seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose, wenn Ernährungstherapie als medizinische Maßnahme (ggf. in Kombination mit anderen Maßnahmen) zwingend erforderlich ist, da ansonsten schwere geistige oder körperliche Beeinträchtigungen oder Tod drohen.</p>	
<p>Leistung: Siehe: 2.1 Ernährungstherapeutische Intervention bei Mukoviszidose und 2.2 Ernährungstherapeutische Intervention bei SAS</p>	
<p>Therapieziel: Ist die Erreichung, Stabilisierung und/oder der Erhalt altersabhängig normwertiger Stoffwechsel- oder Ernährungsparameter und damit eine altersgemäße, körperliche und geistige Entwicklung, das Erreichen eines stabilen Ernährungszustandes, die Verhütung einer Verschlimmerung von Krankheitsfolgen oder deren Minderung, die Vermeidung von Komplikationen, die Erhaltung des erreichten Therapieerfolges, Umgang mit Komorbiditäten und eine verbesserte Lebenserwartung sowie Teilhabe.</p>	
<p>Sachaufwand:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beratungstisch und Sitzgelegenheit für die Patientin oder den Patienten und die Therapeutin oder den Therapeuten • Computer/ Tablet mit einem Nährwertberechnungsprogramm • Indikationsspezifisches Beratungs-, Schulungs- und Informationsmaterial, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ○ Lebensmittelattrappen ○ Lebensmittelproben ○ Leerverpackungen ○ Bildmaterial, Plakate ○ Arbeitshilfen (z.B. Messhilfen, Shaker, Anrührhilfen), auch digitale Arbeitshilfen <p>Zusatzausstattung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • geeichte Körperwaage • Küche(nzeile) mit abwischbaren Flächen und Böden 	
<p>Räumliche Mindestanforderungen: Therapieraum mit 12 m²</p>	

Besonderheiten: Abrechnung je Einheit aus dem maximalen Zeitkontingent je Verordnung; Therapiezeit bedarfsorientiert

2.1 Ernährungstherapeutische Intervention bei Mukoviszidose

Leistung:

Beratung zur indikationsspezifischen Pathophysiologie (§ 43 Nr. 2 HeiM-RL)

Die Beratung beinhaltet in der Regel:

1. Information zur Ursache der Erkrankung und der daraus resultierenden Notwendigkeit einer lebenslangen Umsetzung von ernährungstherapeutischen Maßnahmen
2. Information zur Korrelation von Ernährungszustand, Lungenfunktion und Lebenserwartung
3. Information über die Ursache des erhöhten Energiebedarfs
4. Information zu den krankheitsbedingt erhöhten Wasser- und Salzverlusten
5. Information über die krankheitsbedingt gestörte intestinale Resorption von Nährstoffen und die daraus resultierenden Folgen (z. B.: Fettsorptionsstörung, Mangel an verfügbaren fettlöslichen Vitaminen, an Spurenelementen und an Mineralstoffen)
6. Information zu Organbeteiligungen und CF-assoziierten Erkrankungen, welche auf dem -CFTR - Gendefekt beruhen, insbesondere:
 - a) Information zur Funktion und Störungsbildern der Bauchspeicheldrüse (exokrine und endokrine Insuffizienz)
 - b) Auswirkungen auf Magen- und Darmtrakt, Leber und Gallenwege
 - c) Pulmonale Kachexie
7. Information zur Notwendigkeit einer lebenslangen Substitution z.B. von Enzymen der Bauchspeicheldrüse, sowie zur Therapie mit schleimverflüssigenden Wirkstoffen (Mukolytika) und Antibiotika
8. Informationen zur Organtransplantation und deren Konsequenzen auf die Ernährung

Beratung zur indikationsspezifischen Lebensmittelauswahl unter Berücksichtigung der Lebensmittelinhaltsstoffe aus diätetischer Sicht (§ 43 Nr. 3 HeiM-RL)

Die Beratung beinhaltet in der Regel:

1. Information zur ausgewogenen, vollwertigen Ernährung unter Berücksichtigung der Nährstoffe und entsprechender Lebensmittelgruppen

2. Rolle der Protein- und Kohlenhydratzufuhr bei Mukoviszidose
3. Speisefette und Öle hinsichtlich Mengen, Qualitätsunterschieden (Fettsäurequalität und essentiellen Fettsäuren) und Beratung zum Einsatz von Fetten im Speiseplan
4. Anreicherung mit bestimmten fett-, eiweiß- und kohlenhydratreichen Lebensmitteln, Zubereitungsarten bzw. Hinweisen zur Speisenfolge
5. Abschätzen und Berechnen fetthaltiger Lebensmittel, z. B. anhand von Nährwertbroschüren, Nährwertkennzeichnungen und Zutatenlisten zur Berechnung der notwendigen Dosis der Pankreasenzympräparate
6. Umsetzung der Lebensmittelauswahl in den Alltag unter Vermeidung von Wechselwirkung mit Medikamenten wie z. B. Antibiotika
7. Kochsalzsubstitution
8. Schwangerschaft
9. Besonderheiten bei erhöhtem Energiebedarf (z. B. sportliche Aktivitäten)

Besonderheiten im Säuglings- und Kindesalter sowie bei Jugendlichen, beispielsweise:

1. Stillen
2. Geeignete altersentsprechende Nahrungen hinsichtlich Auswahl, Menge und Zubereitung mit entsprechender Kalorienanreicherung
3. Substitution eines Pankreasenzym
4. Fütterungssituation und Beratung zur Einnahme der nötigen Präparate
5. Auswahl geeigneter Getränke und Trinkmengen

Beratung zu indikationsspezifischen Prinzipien der Ernährung unter besonderer Berücksichtigung der Komorbiditäten und assoziierten Erkrankungen, in der Regel:

1. Umsetzung des Speiseplans in Problemsituationen
2. Pulmonale Kachexie
3. Diabetes mellitus
4. Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
5. Leber und Gallenwege
6. Organtransplantation

Unter jeweiliger Berücksichtigung der Auswertung des von den Versicherten oder der relevanten Bezugsperson erstellten Ernährungsprotokolls.

Beratung und Unterstützung bei der praktischen Umsetzung einer Enzym-, Vitamin-, Mineralstoff-, Aminosäuren-, Fett- oder Spurenelemente-Substitution (§ 43 Nr. 5 HeilM-RL)

Insbesondere Information und Beratung zu:

1. der praktischen Umsetzung einer Pankreasenzymersatztherapie, bzgl. verschiedener Enzympräparate, deren Anwendung und orale Einnahme und zu möglichen Wechselwirkungen
2. alltagstauglicher Umgang und Einsatz der spezifischen Supplemente, Spurenelemente, Mineralstoffe und fettlöslicher Vitamine A, D, E, K

Unter jeweiliger Berücksichtigung der Auswertungsergebnisse des von den Versicherten oder der relevanten Bezugsperson erstellten Ernährungsprotokolls.

Anleitung zur Durchführung und Umsetzung einer enteralen Ernährung (Trink- oder Sondennahrung) und parenteralen Ernährung in der häuslichen Umgebung (§ 43 Nr. 6 HeilM-RL)

Insbesondere zu:

1. Gedeihstörungen im Kindesalter, die eine hochkalorischer Zusatzkost über industriell gefertigte Nahrungen, wie nährstoffdefinierte balanzierter trinkfertige (und trinkbare) Nahrungen oder vorübergehender Sondennahrung (naso-gastrale, naso-jejunale), erfordert
2. Gewichtsverlust bei erhöhtem Energiebedarf in Adoleszenz und Pubertät, z. B. durch Wachstumsschübe, die eine hochkalorischer Zusatzkost über industriell gefertigte Nahrungen, wie nährstoffdefinierte balanzierter trinkfertige (und trinkbare) Nahrungen oder vorübergehender Sondennahrung (naso-gastrale, naso-jejunale) erfordert, in Ausnahmefällen bei längerfristiger Notwendigkeit auch über PEG (transkutan-gastrale Sonde)
3. Therapeutischer hochkalorischer Zusatzkost (Hyperalimention) im Rahmen bronchopulmonaler Infektionen und zunehmender pulmonaler Insuffizienz
4. Erhöhtem Energiebedarf durch Sport und Physiotherapie
5. Information und Beratung zu möglichen Applikationsformen per Sonde (naso-gastrale, naso-jejunale und transkutan-gastrale), der Verabreichung der Sondennahrung (z. B. Bolus, Schwerkraft) und Möglichkeiten der Medikamentengabe

Anleitung zur praktischen Umsetzung der diätetischen Maßnahmen im Alltag und in besonderen Lebenssituationen (§ 43 Nr. 8 HeilM-RL) und diätetische Produktinformationen und Informationen über Lebensmittelinhaltsstoffe (§ 43 Nr. 9 HeilM-RL)

Beratung zur Umsetzung eines individuellen Tagesplanes in den Lebensalltag gemäß den individuellen und familiären Bedürfnissen und Ressourcen, insbesondere:

1. Beratung und Schulung der Versicherten und/oder der relevanten Bezugspersonen in Bezug auf Portionsgrößen, Anzahl der Mahlzeiten über den Tag verteilt und der Herstellung einer förderlichen Atmosphäre bei den Mahlzeiten unter Berücksichtigung geeigneter Hilfsmittel
2. Einkaufsberatung, Lebensmitteldeklaration, Information zu Analysetabellen z. B. in Bezug auf Salz und Kalzium und ggf. anderen kritischen Mineralien und Mikronährstoffen
3. Information zur Verarbeitung von u. a. Obst, Gemüse, Getreide und Kartoffeln, z. B. zur Fett- oder Kalorienanreicherung
4. Beratung zu bekömmlichen Zubereitungsformen und zu hygienisch sachgerechter Verarbeitung von Fleisch-, Fisch- und Eiprodukten
5. Beratung zur Nutzung von ernährungsphysiologisch wertvollen Fetten zum Einsatz im Speiseplan und zur gezielten Anreicherung von Speisen
6. falls notwendig praktische Schulung zur Verwendung und Dosierung von mct-Fetten
7. Beratung zur Auswahl und Herstellung von Süßspeisen und Süßwaren zur Energieanreicherung des Speiseplans ggf. unter besonderer Berücksichtigung des Fett- und/oder Kohlenhydratgehalts
8. Schulung zu Inhaltsstoffen von Getränken z. B. kalziumreiche Mineralwasser
9. Beratung zur Anpassung der Pankreasenzympräparate an die Fettzufuhr und deren Berechnung
10. Beratung zum Erkennen von problematischen Situationen wie z. B. Infekten
11. Förderung der Adhärenz
12. Schulung und Beratung hinsichtlich der Nutzung unterschiedlicher Datenquellen

Unter jeweiliger Berücksichtigung der Auswertungsergebnisse des von den Versicherten oder der relevanten Bezugsperson erstellten Ernährungsprotokolls.

Die Beratung kann auch die praktische Einweisung in indikationsspezifische Koch- und Küchentechniken und praktische Hinweise zur Umsetzung der individuellen Diät im Sinne von § 43 Nr. 10 HeilM-RL beinhalten.

Therapieziel:

Ist die Erreichung, Stabilisierung und/oder der Erhalt altersabhängig normwertiger Stoffwechsel- oder Ernährungsparameter und damit eine altersgemäße, körperliche und geistige Entwicklung, das Erreichen eines stabilen Ernährungszustandes, die Verhütung einer Verschlimmerung von Krankheitsfolgen oder deren Minderung, die Vermeidung von Komplikationen, die Erhaltung des erreichten Therapieerfolges, Umgang mit Komorbiditäten und eine verbesserte Lebenserwartung sowie Teilhabe.

Besonderheiten:

Abrechnung je Einheit aus dem maximalen Zeitkontingent je Verordnung; Therapiezeit bedarfsorientiert

2.2 Ernährungstherapeutische Intervention bei SAS

Leistung:

Beratung zur indikationsspezifischen Pathophysiologie (§ 43 Nr. 2 HeilM-RL)

Information und Beratung zu dem jeweiligen Krankheitsbild, zum Enzymdefekt und zu den sich daraus ergebenden spezifischen Auswirkungen auf den Stoffwechsel in Ergänzung zur ärztlichen Aufklärung, insbesondere bei:

1. Störung des Eiweißstoffwechsels:
Beschreibung und Erläuterung des krankheitsspezifischen Defekts im Protein- und Aminosäurestoffwechsel, Informationen über Möglichkeiten und Einschränkungen einer Proteinzufuhr durch natürliche Nahrungsmittel und ggf. der Notwendigkeit von Aminosäuresupplementen und Mikronährstoffsupplementen
2. Störung im Kohlenhydratstoffwechsel:
Beschreibung und Erläuterung des krankheitsspezifischen Defekts im Kohlenhydrat-Stoffwechsel, Informationen über die Zusammensetzung der unterschiedlichen Kohlenhydrate, ihre Wirkung auf den Stoffwechsel und über Möglichkeiten und Einschränkungen bei der Auswahl natürlicher Nahrungsmittel
3. Störung im Fettstoffwechsel:
Erklärung des krankheitsspezifischen Defekts im Fett-Stoffwechsel, die Zusammensetzung der unterschiedlichen Fette sowie ihre Wirkung

auf den Stoffwechsel und über Einschränkungen bei der Auswahl natürlicher Nahrungsmittel

4. Störungen im Energiestoffwechsel:

Erklärung des krankheitsspezifischen Defekts im Energiestoffwechsel sowie seiner ernährungstherapeutischen Konsequenzen unter Berücksichtigung verschiedener Lebensumstände

Beratung zur indikationsspezifischen Lebensmittelauswahl unter Berücksichtigung der Lebensmittelinhaltsstoffe aus diätetischer Sicht (§ 43 Nr. 3 HeilM-RL)

Je nach Stoffwechseldefekt insbesondere:

1. Information zur ausgewogenen, vollwertigen Ernährung unter Berücksichtigung der Nährstoffe und entsprechender Lebensmittelgruppen
2. Erläuterung des Prinzips der Substratreduktion und/oder der gezielten Substratsubstitution bei Enzymdefekten des Aminosäurestoffwechsels
3. Erläuterung der krankheitsspezifischen Auswirkungen auf die Glykolyse, den Glykogenstoffwechsel und die Glukoneogenese und Informationen zu der daraus abzuleitenden Zufuhr bestimmter Kohlenhydrate
4. Erläuterung des Prinzips der endogenen Lipidsynthese und Informationen zur Notwendigkeit einer krankheitsadaptierten Fettzufuhr hinsichtlich Mengen, Qualitätsunterschieden (Fettsäurequalität und essentielle Fettsäuren) und Beratung zur Energieversorgung
5. Erläuterungen des Energiestoffwechsels und Beratung zur zeitgerechten Verabreichung leicht verfügbarer Energieträger zur Vermeidung metabolischer Krisen
6. Beratung und Information zur Bedeutung und Vermeidung kataboler Stoffwechselsituationen bei bestimmten Defekten
7. Information und Beratung zur Notwendigkeit einer lebenslangen Diät zur Vermeidung von akuten bzw. langfristigen Folgeschäden von Diätfehlern
8. Berechnung der erlaubten und zu vermeidenden Nährstoffe und natürlichen Nahrungsmittel und ggf. begleitender notwendiger krankheitsspezifischer Substitution sowie Anleitung zur selbstständigen Umsetzung
9. Beratung und Information in besonderen Situationen mit erhöhtem Energiebedarf (wie z. B. Schwangerschaft, Aktivitäten, Akuterkrankungen)

Besonderheiten im Säuglings- und Kindesalter sowie bei Jugendlichen beispielsweise:

1. Stillen (im Kontext des vorliegenden Stoffwechseldefektes)

2. Notwendigkeit der genauen Einhaltung diätetischer Vorgaben zur Vermeidung irreversibler Schädigungen oder akuter lebensbedrohlicher Stoffwechselkrisen (z. B. Langzeitfolgen bei unzureichender PKU-Diät)
3. Geeignete altersentsprechende Nahrungen hinsichtlich Auswahl, Menge und Zubereitung unter Einbindung krankheitsspezifischer Substitution von bestimmten Substraten
4. Substitution von Vitaminen und Spurenelementen insbesondere bei strengen Eliminationsdiäten
5. Fütterungssituation und Beratung zur Einnahme der nötigen Präparate
6. Auswahl geeigneter Getränke
7. Altersentsprechende Schulung und Heranführung an die lebensnotwendige Einhaltung einer strikten Diät
8. Schulung der Fähigkeit, bei drohenden metabolischen Krisen selbstständig zu agieren (z. B. akute Energiezufuhr)

unter jeweiliger Berücksichtigung der Auswertung des von den Versicherten oder der relevanten Bezugsperson erstellten Ernährungsprotokolls

Beratung zu indikationsspezifischen Prinzipien der Ernährung unter besonderer Berücksichtigung des Einsatzes balanzierter Nahrungsmittel, die in ihrer Zusammensetzung geeignet sind, den jeweiligen Stoffwechseldefekt zu kompensieren (§ 43 Nr. 4 HeilM-RL)

Die Beratung beinhaltet beispielsweise:

1. Information und Beratung zu den jeweils stoffwechselspezifisch und individuell ärztlich verordneten Spezial- und Elementardiäten
2. Anleitung und Beratung zur Zubereitung der balanzierten Nahrungsmittel, ggf. unter Berücksichtigung natürlicher Nahrungsmittel
3. Anleitung und Schulung zu altersspezifischen Produkten und der gewichtsabhängigen Berechnung der notwendigen Substratmengen

Beratung und Unterstützung bei der praktischen Umsetzung einer Enzym-, Vitamin-, Mineralstoff-, Aminosäuren-, Fett- oder Spurenelemente-Substitution (§ 43 Nr. 5 HeilM-RL)

Information und Beratung insbesondere zu:

1. der praktischen Umsetzung einer balanzierten Diät unter Einsatz krankheitsspezifischer Nährstoffquellen (z. B. natürliche Nahrungsmittel, balanzierte Substrate) deren Anwendung und orale Zufuhr
2. alltagstauglicher Umgang und Einsatz spezifischer Supplemente, Spurenelemente, Mineralstoffe und Vitaminen bei bestimmten Auslassdiäten (z. B. ketogene Diät)

unter jeweiliger Berücksichtigung der Auswertung des von den Versicherten oder von der relevanten Bezugsperson erstellten Ernährungsprotokolls

Anleitung zur Durchführung und Umsetzung einer enteralen Ernährung (Trink- oder Sondennahrung) und parenteralen Ernährung in der häuslichen Umgebung (§ 43 Nr. 6 HeilM-RL)

Insbesondere bei:

1. Stoffwechselstörungen, die nur durch kontinuierliche Substratzufuhr über Sonden so weit zu kompensieren sind, dass metabolische Krisen vermieden werden (z. B. bestimmte Glykogenosen)
2. Stoffwechselstörungen die überwiegend oder ausschließlich durch eine individuelle Zubereitung geeigneter Spezialprodukte (als Trinknahrungen) zu behandeln sind
3. akuten Krankheitszuständen, die zur Vermeidung lebensbedrohlicher metabolischer Krisen einer kontinuierlichen Substrat- oder Energiezufuhr bedürfen

Anleitung zur praktischen Umsetzung der diätetischen Maßnahmen im Alltag und in besonderen Lebenssituationen (§ 43 Nr. 8 HeilM-RL) und diätetische Produktinformationen und Informationen über Lebensmittelinhaltsstoffe (§ 43 Nr. 9 HeilM-RL)

Beratung zur Umsetzung eines individuellen Tagesplanes in den Lebensalltag gemäß den individuellen und familiären Bedürfnissen und Ressourcen insbesondere:

1. Beratung und Schulung den Versicherten und/oder der relevanten Bezugspersonen in Bezug auf die Zusammensetzung und die notwendige Substratmenge, Anzahl der Mahlzeiten über den Tag (oder ggf. die Nacht) verteilt, alters- und situationsabhängige förderliche Atmosphäre bei Mahlzeiten, ggf. unter Einsatz geeigneter Hilfsmittel
2. Einkaufsberatung, Lebensmitteldeklaration, Information zu Analysetabellen insbesondere in Bezug auf krankheitsspezifisch zu meidende oder strikt zu bilanzierende Substrate
3. Information zur Verarbeitung von natürlichen Nahrungsmitteln wie u. a. Obst, Gemüse Getreide und Kartoffeln soweit sie im Einzelfall diätetisch zuträglich sind
4. Beratung zu bekömmlichen Zubereitungsformen und zu hygienisch sachgerechter Verarbeitung von Fleisch-, Fisch- und Eiprodukten, soweit sie diätetisch zuträglich sind, ggf. unter Beifügung/Ergänzung krankheitsspezifisch notwendiger Substrate
5. Beratung zur Nutzung von krankheitsspezifisch verträglichen Fetten und Ölen zum Einsatz im Speiseplan und zur gezielten Anreicherung

von Speisen

6. Beratung zur Auswahl und Herstellung von Süßspeisen und Süßwaren zur Ergänzung des Speiseplans unter besonderer Berücksichtigung des Fett-, Eiweiß- und / oder Kohlenhydratgehalts
7. Schulung zu Inhaltsstoffen von Getränken und Lifestyle-Ernährungsprodukten in Hinblick auf den spezifischen Stoffwechselfekt
8. Anleitung und Schulung zur Umsetzung eines individuellen Notfallplanes je nach Indikation und Notallsituation (z. B. rasche Verfügbarkeit von Energieträgern und Substraten)
9. Beratung zum Erkennen von problematischen Situationen wie z. B. Infekten und Zeichen drohender Stoffwechselkrisen
10. Beratung und Anleitung zur Vermeidung kataboler Stoffwechsellagen
11. Förderung der Adhärenz
12. Schulung und Beratung hinsichtlich der Nutzung verfügbarer valider Datenquellen für Nahrungs- und Nährstoffzusammensetzung

Die Beratung kann auch die praktische Einweisung in indikationsspezifische Koch- und Küchentechniken und praktische Hinweise zur Umsetzung der individuellen Diät im Sinne von § 43 Nr. 10 HeilM-RL beinhalten.

Therapieziel:

Ist die Erreichung, Stabilisierung und/oder der Erhalt altersabhängig normwertiger Stoffwechsel- oder Ernährungsparameter und damit eine altersgemäße, körperliche und geistige Entwicklung, das Erreichen eines stabilen Ernährungszustandes, die Verhütung einer Verschlimmerung von Krankheitsfolgen oder deren Minderung, die Vermeidung von Komplikationen, die Erhaltung des erreichten Therapieerfolges, Umgang mit Komorbiditäten und eine verbesserte Lebenserwartung sowie Teilhabe.

Besonderheiten:

Abrechnung je Einheit aus dem maximalen Zeitkontingent je Verordnung;
Therapiezeit nach Bedarf

3. Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen (§ 43 Nr. 7 HeilM-RL)

Definition:

Das Ernährungsprotokoll (Verzehrprotokoll) ist eine in der Regel prospektive Methode zur Verzehrerhebung, bei der die oder der Versicherte über einen

festgelegten Zeitraum (mindestens 3 Tage, besser 5 – 7 Tage, ein Wochenende eingeschlossen) die Art und Menge sämtlicher von ihr oder ihm aufgenommener Lebensmittel (auch Getränke) sowie die Tageszeit des Verzehrs protokolliert.	
Heilmittelpositionsnummer: X5008 Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen	
Regelleistungszeit: 60 Minuten (2 x je Verordnung, maximal 8 x je Kalenderjahr)	
Therapiezeit: entfällt	Vor- und Nachbereitung, Dokumentation: entfällt
Indikation: <ol style="list-style-type: none"> 1. Grundsätzlich vor Beginn einer ernährungstherapeutischen Intervention bei Mukoviszidose und seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen als Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse 2. Im Verlauf zur Überprüfung der Umsetzung der Beratungsinhalte und bei mangelnder Adhärenz 3. Bei Hinweisen auf Gedeihstörungen, Gewichtsveränderungen, Stoffwechsellentgleisungen 4. Schwangerschaft und Stillzeit 5. Auftreten von Komorbiditäten 6. Komplikationen im Erkrankungsverlauf 	
Leistung: <ol style="list-style-type: none"> 1. Erfassung und Eingabe aller Angaben im Ernährungsprotokoll in das Nährwertberechnungsprogramm 2. Berechnung und Auswertung Nährwertfeinanalyse durch Abgleich der Nährwertrelationen (Soll-Ist-Vergleich) mittels Ernährungssoftware in Bezug auf das vorliegende Erkrankungsbild und die spezifisch zu berücksichtigenden Parameter 3. Ergänzende Analyse und Bewertung zusätzlicher Informationen, wie Mahlzeitenverteilung, Lebensmittelauswahl, Essverhalten 4. Erarbeitung individueller Maßnahmen und Empfehlungen die in den Therapieplan einfließen 	
Therapieziel: Mit dem Ernährungsprotokoll erhält der Leistungserbringer wichtige Informationen zur Lebensmittelauswahl, Lebensmittelmenge und zum Essverhalten der Versicherten. Das Protokoll ist Bestandteil der ernährungstherapeutischen Anamnese und die Grundlage der Therapieplanung.	
Weitere Ziele sind beispielsweise:	

<ol style="list-style-type: none"> 1. Erkennen möglicher Ursachen von Ernährungsproblemen sowie positiver und negativer Einflussfaktoren auf den Ernährungszustand, 2. Aufdecken von Versorgungslücken, 3. Erkennen möglicher Alltagsprobleme, z. B. beim Einkauf oder der Nahrungszubereitung, 4. Hinweise auf individuelle Vorlieben, die zur Stärkung der Akzeptanz therapeutischer Empfehlungen genutzt werden können, 5. Hinweise zur Anpassung von Medikamenten/Enzympräparaten.
Sachaufwand: <ul style="list-style-type: none"> • Computer / Tablet mit einem Nährwertberechnungsprogramm • Internetzugang
Räumliche Mindestanforderungen: Therapieraum mit 12 m ²
Besonderheiten: Diese Leistung ist nicht Bestandteil des ärztlich verordneten Zeitkontingents.

4. Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei (Ärztin oder Arzt, weitere Leistungserbringer), die das übliche Zusammenwirken übersteigt

Definition: Die in der Heilmittelversorgung übliche Kooperation von verordnenden Ärztinnen oder Ärzten oder der Verordnerinnen und Verordnern der jeweiligen Heilmittelerbringer nach § 14 HeilM-RL ist insbesondere auf den Beginn und die Durchführung einer zeitlich begrenzten Heilmittelbehandlung ausgelegt. Vor dem Hintergrund der Komplexität der seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen oder der Mukoviszidose bedarf es gemäß § 44 Absatz 7 HeilM-RL zur Gewährleistung der Patientensicherheit und Behandlungsqualität darüber hinaus eines kontinuierlichen Informationsaustausches und einer engen fachlichen Zusammenarbeit zwischen der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt und der Leistungserbringer. Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur trägt der Leistungserbringer Sorge, dass eine Zusammenarbeit mit der für die Behandlung der seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankung oder Mukoviszidose verantwortlichen Ärztin oder verantwortlichem Arzt besteht.	
Heilmittelpositionsnummer: X5009 Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei	
Regelleistungszeit: entfällt	
Therapiezeit: entfällt	Vor- und Nachbereitung, Dokumentation: entfällt

Indikation

Seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose, wenn Ernährungstherapie als medizinische Maßnahme (ggf. in Kombination mit anderen Maßnahmen) zwingend erforderlich ist, da ansonsten schwere geistige oder körperliche Beeinträchtigungen oder Tod drohen.

Leistung:

1. Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur für die Durchführung entsprechender patientenspezifischer Rücksprachen durch die Vorkhaltung und Bekanntgabe einer Telefon- oder Mobilfunknummer und Faxnummer sowie einer E-Mail-Adresse
2. Aufbau einer geeigneten Organisationsstruktur zur Durchführung von entsprechenden patientenspezifischen Rücksprachen ggf. durch die Bekanntgabe von „üblichen Telefonsprechzeiten“ und das rechtzeitige Ankündigen von planbaren Abwesenheiten (z. B. Urlaub und Fort- und Weiterbildungen)
3. Sicherstellung von zeitnahen Rückrufen und Beantwortung von schriftlichen Anfragen
4. Durchführung von persönlichen und/oder telefonischen Rücksprachen mit den für die ärztliche Behandlung zuständigen Ärztinnen oder Ärzten
5. Die Teilnahme an patientenbezogenen Fallkonferenzen zwischen den behandelnden Ärztinnen oder Ärzten und an der Behandlung des Versicherten beteiligten weiteren Leistungserbringer und die damit verbundenen Aufwendungen

Ziel:

Sicherstellung eines kontinuierlichen Informationsaustausches und einer engen fachlichen Zusammenarbeit zwischen den Ärztinnen oder den Ärzten und dem Leistungserbringer, um eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit „Ernährungstherapie“ sowie die Patientensicherheit und Behandlungsqualität zu gewährleisten.

Sachaufwand:

- Telefon und Fax, Internetzugang sowie abrufbarer Anrufbeantworter (auch Mobiltelefon)

Räumliche Mindestanforderungen:

Therapieraum mit 12 m²

Besonderheiten:

Diese Leistung ist nicht Bestandteil des ärztlich verordneten Zeitkontingents. Die Leistung kann einmal je Verordnung (jedoch maximal 4 x je Kalenderjahr) abgerechnet werden. Ein gesonderter Nachweis für den tatsächlichen Umfang der erbrachten Leistungen ist nicht erforderlich.

Anlage 2
Vergütungsvereinbarung

zum
Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V
über
die Versorgung mit Leistungen
der Ernährungstherapie
und deren Vergütung

Vergütungsliste¹

<p>Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS):</p> <p>Die Verwendung des Leistungserbringergruppenschlüssels richtet sich nach der Zulassung der Leistungserbringer gemäß § 124 Abs. 1 Nr. 1 SGB V:</p> <p>73 00 501 = Leistungserbringer von Ernährungstherapie bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen (SAS)</p> <p>74 00 501 = Leistungserbringer von Ernährungstherapie bei Mukoviszidose (CF)</p> <p>Leistungserbringer gemäß § 124 Absatz 5 SGB V: 27 00 551 = Krankenhaus 28 00 551 = Kurbetrieb 29 00 551 = Sonstige therapeutische Heilperson Bitte im maschinellen Datenaustausch angeben!</p>
<p>Heilmittelpositionsnummern:</p> <p>Abhängig vom Status des Leistungserbringers ist das X an der ersten Stelle der Heilmittelpositionsnummern wie folgt zu ersetzen:</p> <p>A- Leistungserbringer gemäß § 124 Absatz 1 Nr. 1 SGB V 6 Leistungserbringer gemäß § 124 Absatz 5 SGB V (Krankenhaus)</p> <p>Bitte im maschinellen Datenaustausch angeben!</p>

Pos.- Nr.	Leistung	Preis in Euro	Zuzahlung in Euro
X5001	Ernährungstherapeutische Anamnese (Regelleistungszeit 60 Minuten, davon mind. 30 Minuten mit dem Patienten)	67,82	6,78
X5002	Ernährungstherapeutische Anamnese (Regelleistungszeit 30 Minuten, davon mind. 15 Minuten mit dem Patienten)	33,91	3,39
X5003	Ernährungstherapeutische Intervention – Einzelbehandlung (Regelleistungszeit 60 Minuten, davon mind. 30 Minuten mit dem Patienten)	67,82	6,78

¹ Die Preise der Vergütungsliste gelten aufgrund der Entscheidung der Schiedsstelle vom 26.04.2021 in der Fassung des Schiedsspruches (3 HE 29–20) vom 21.05.2021. Gegen den Schiedsspruch sind Klagen der maßgeblichen Spitzenorganisationen in der Ernährungstherapie anhängig, die aber keine aufschiebende Wirkung haben.

X5004	Ernährungstherapeutische Intervention – Einzelbehandlung (Regelleistungszeit 30 Minuten, davon mind. 15 Minuten mit dem Patienten)	33,91	3,39
X5005	Ernährungstherapeutische Intervention – Einzelbehandlung im häuslichen o. sozialen Umfeld (Regelleistungszeit 60 Minuten, davon mind. 30 Minuten mit dem Patienten; bis zu 4x je Kalenderjahr sind bis zu 4x 60 Minuten Regelleistungszeit je Verordnung abrechnungsfähig)	67,82	6,78
X5006	Ernährungstherapeutische Intervention – Gruppenbehandlung (Regelleistungszeit 60 Minuten, davon mind. 30 Minuten mit dem Patienten)	47,47	4,75
X5007	Ernährungstherapeutische Intervention – Gruppenbehandlung (Regelleistungszeit 30 Minuten, davon mind. 15 Minuten mit dem Patienten)	23,74	2,37
X5008	Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen (Regelleistungszeit 60 Minuten. Die Leistung ist nicht Bestandteil des ärztlich verordneten Zeitkontingents. Die Leistung kann zweimal je Verordnung – jedoch maximal 8x je Kalenderjahr– abgerechnet werden.)	55,49	--
X5009	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei (Die Leistung ist nicht Bestandteil des ärztlich verordneten Zeitkontingents und kann einmal je Verordnung – jedoch maximal 4x je Kalenderjahr– abgerechnet werden.)	55,49	--
X9937	Ärztlich verordneter Hausbesuch – Wegegeld je Kilometer bis einschließlich 40 km (Eine Abrechnung ist nur in Verbindung mit der Pos.–Nr. X5001, X5002, X5003 und X5004 möglich)	0,18	0,02
X9941	Ärztlich verordneter Hausbesuch – Wegegeld je Kilometer ab dem 41. km (Eine Abrechnung ist nur in	0,73	0,07

	Verbindung der Pos.-Nr. X5001, X5002, X5003 und X5004 möglich.)		
X9942	Hausbesuch bei der Beratung im häuslichen und sozialen Umfeld – Wegegeld je Kilometer bis einschließlich 40 km (Eine Abrechnung ist nur in Verbindung mit der Pos.-Nr. X5005 möglich)	0,18	0,02
X9943	Hausbesuch bei der Beratung im häuslichen und sozialen Umfeld – Wegegeld je Kilometer ab dem 41. Km (Eine Abrechnung ist nur in Verbindung mit der Pos.-Nr. X5005 möglich)	0,73	0,07

§ 1 Vergütungsinhalt und Abrechnung der Leistungen

- (1) Der Umfang der vergüteten Leistung besteht aus
 - a) der Durchführung der Maßnahmen mit dem Patienten (Pos.-Nr. X5001 – X5007) und
 - b) der Vor- und Nachbearbeitung (inkl. Dokumentation).

Beide Leistungsbestandteile werden zu einer „Regelleistungszeit“ zusammengefasst. Für diese „Regelleistungszeit“ wird eine Vergütung vereinbart. Die Durchführung der Maßnahme mit dem Patienten hat mindestens 50 Prozent der angegebenen Regelleistungszeit, die Vor- und Nachbereitung inklusive Dokumentation hat maximal 50 Prozent der angegebenen Regelleistungszeit zu umfassen.

- (2) Mit den Vergütungssätzen sind alle im Zusammenhang mit der vertraglich vereinbarten ernährungstherapeutischen Leistung erforderlichen Aufwendungen abgegolten (Endpreis).
- (3) Für die Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen (X5008) und die notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei (X5009) werden keine Zuzahlungen erhoben. Von der Zuzahlung ist nur der gesetzlich festgelegte Personenkreis befreit.
- (4) Die Aufwendungen für ärztlich verordnete Hausbesuche sowie Hausbesuche im Rahmen der Beratung im häuslichen und sozialen Umfeld werden in Form von Kilometerpauschalen vergütet. Die Kilometerpauschalen können für die gesamte Wegstrecke (Hin- und Rückweg) zur Adresse des Anspruchsberechtigten bzw. seiner relevanten Bezugsperson abgerechnet werden. Für die Wegstrecke bis insgesamt 40 Kilometer können die Gebührenpositionen X9937 und X9942 je gefahrenen Kilometer abgerechnet werden. Übersteigt die Wegstrecke 40 Kilometer kann der erhöhte Wegegeldsatz (Gebührenpositionen X9941 und X9943) für jeden weiteren gefahrenen Kilometer abgerechnet werden.
- (5) Wegegelder können je Versicherten nur einmal täglich in Ansatz gebracht werden. Die Durchführung des Hausbesuchs (HB) ist auf dem Ordnungsblatt unter Angabe des Datums der Ausführung, zusammen mit der durchgeführten Leistung zu bestätigen.
- (6) Die Kilometerpauschalen können ausschließlich für die kürzeste Wegstrecke abgerechnet werden; höchstens jedoch die Wegstrecke zwischen der Adresse des Sitzes des Leistungserbringers und der Adresse des Patienten bzw. seiner relevanten Bezugsperson(en).

§ 2 Inkrafttreten und Laufzeit der Vereinbarung

- (1) Die Vergütungssätze nach der Vergütungsliste gelten für alle Leistungen, die aufgrund von Verordnungen erbracht werden, die nach dem Tag der Entscheidung der Schiedsstelle (27.04.2021) ausgestellt wurden.
- (2) Diese Vergütungsliste tritt mit Entscheidung der Schiedsstelle in Kraft und kann durch den GKV-Spitzenverband einerseits oder andererseits durch alle leistungserbringerseitigen Vertragspartner gemeinsam mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende – frühestens jedoch zum 30.04.2023 – schriftlich gekündigt werden.
- (3) Diese Vereinbarung gilt solange fort, bis eine neue Vergütungsvereinbarung geschlossen oder gemäß § 125 Absatz 6 SGB V festgesetzt wird.
- (4) Die Kündigung der Vergütungsvereinbarung berührt nicht die weitere Wirksamkeit des Vertrages nach § 125 Abs. 1 SGB V.

Anlage 3
notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung
und einheitliche Regelungen zur Abrechnung

zum
Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V
über
die Versorgung mit Leistungen
der Ernährungstherapie
und deren Vergütung

1. Ziel der Anlage

Gemäß § 125 Absatz 2 SGB V vereinbart der GKV-Spitzenverband mit bindender Wirkung für die Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene für jeden Heilmittelbereich Vorgaben für die notwendigen Angaben auf der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung. Diese sollen zur Rechtsklarheit zwischen Krankenkassen und den Heilmittelerbringern beitragen.

Zu berücksichtigen ist, dass die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V gemäß § 91 Absatz 6 SGB V für Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassen, Versicherte und Leistungserbringer gleichermaßen verbindlich ist.

In den einheitlichen Regelungen zur Abrechnung der Heilmittelverordnungen werden insbesondere Korrekturmöglichkeiten, -form und -zeitpunkt der Verordnung durch den Leistungserbringer festgelegt. Sie sollen sicherstellen, dass formale Fehler besser erkannt und rechtssicher behoben werden können und Rechnungskürzungen und Nullretaxationen nur in berechtigten und notwendigen Fällen erfolgen.

Die ansonsten im Rahmen der Richtlinie nach § 302 SGB V bestehenden oder im Hauptvertrag zu dieser Anlage vereinbarten Regelungen zur Abrechnung sind ergänzend zu beachten.

2. Formerfordernis – Verordnung nur auf vereinbarten Vordrucken

Heilmittel dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 13 HeilM-RL ausschließlich auf dem vereinbarten Vordruck gemäß des Bundesmantelvertrages (BMV-Ä) verordnet werden. Der Verordnungsvordruck ist in Anlage 2 oder Anlage 2a (Blankoformularbedruckung) des BMV-Ä und in den Vordruckerläuterungen näher beschrieben. Für die Verordnung von Heilmitteln sind die Verordnungsmuster 13 oder Verordnungsmuster 13E (Blankoformularbedruckung) vorgesehen.

3. Formerfordernis – Bedruckung von Verordnungen durch die Ärztin oder den Arzt

Behandlungen dürfen nach § 16 Absatz 1 HeilM-RL nur durchgeführt werden, wenn auf dem Verordnungsvordruck die erforderlichen Angaben nach § 13 Absatz 2 HeilM-RL enthalten sind. Des Weiteren muss die Verordnung von der Ärztin oder dem Arzt unterschrieben sein. Die erforderlichen Angaben sind im Folgenden unter Ziffer 5 lit. a) bis r) dargestellt.

4. Korrekturmöglichkeit – Form und Zeitpunkt

Ein Vergütungsanspruch des zugelassenen Leistungserbringers gegenüber der Krankenkasse setzt voraus, dass die Heilmittelbehandlung auf der Grundlage einer ordnungsgemäßen vertragsärztlichen Verordnung durchgeführt wurde. Die unter Nr. 5 dieser Anlage beschriebenen Angaben der Verordnung sind erforderlich, damit eine sachgerechte und wirtschaftliche Therapie erfolgen kann. Dabei sind die Vorgaben gemäß HeilM-RL und die Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke der vertragsärztlichen Versorgung (in der jeweils aktuellen Fassung) berücksichtigt. Nach Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind die Heilmittelerbringer im Hinblick auf die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Heilmittelerbringung verpflichtet, Verordnungen auf aus ihrer professionellen Sicht erkennbare Fehler, also auf Vollständigkeit und Plausibilität, hin zu überprüfen.

Sollte die Verordnung nicht fehlerfrei sein, kann die Behandlung aufgenommen werden, wenn alle wesentlichen Informationen für den Beginn oder die Weiterführung der Therapie auf der Verordnung enthalten sind. Diese sind:

- Angaben im Personalienfeld,
- Diagnose,
- konkretes Heilmittel,
- Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes.

In diesem Fall ist der Behandlungsvertrag schwebend unwirksam und wird rückwirkend wirksam, wenn die vertragsärztliche Verordnung nach den folgenden Grundsätzen unter Nr. 5 ergänzt oder korrigiert wird. Soweit Angaben des Leistungserbringers auf der Rückseite der Verordnung fehlerhaft sind, soll die Krankenkasse im Einzelfall eine nachträgliche Korrekturmöglichkeit einräumen. Ist unter Nr. 5 angegeben, dass eine Korrektur bis zu einem bestimmten Zeitpunkt erfolgen muss, besteht kein Vergütungsanspruch, wenn die Korrektur nach diesem Zeitpunkt erfolgt.

Sollte eine Angabe auf der Verordnung nicht im dafür vorgesehenen Feld stehen, berührt das die Gültigkeit der Verordnung nicht, soweit die Angabe an sich korrekt und vollständig ist. Entscheidend ist, dass der Datensatz gemäß den Abrechnungsrichtlinien nach § 302 SGB V und ihrer Anlagen im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern korrekt und vollständig an die Krankenkasse oder die von ihr benannte krankenkassenseitige Abrechnungsstelle übermittelt wurde.

Soweit in dieser Anlage nichts Anderes beschrieben ist, sind Ergänzungen und Korrekturen durch die Ärztin oder den Arzt vorzunehmen. Solche Ergänzungen und Korrekturen erfolgen auf der Vorderseite der Verordnung an der jeweiligen Stelle der fehlenden/falschen Angabe. Änderungen und Ergänzungen einer Ärztin oder eines

Arztes bedürfen einer erneuten Unterschrift der Ärztin oder des Arztes mit Datumsangabe neben der fehlenden/falschen Angabe.

Eine Ergänzung/Korrektur der Verordnung ist per Fax zwischen Leistungserbringer und Ärztin oder Arzt möglich. Das Fax muss lesbar sein und ist der Abrechnung beizufügen.

Bei Ergänzungen und Korrekturen durch Leistungserbringer ist sicherzustellen, dass die ursprünglichen Angaben der Ärztin oder des Arztes sichtbar bleiben. Änderungen und Ergänzungen durch den Leistungserbringer bedürfen einer Unterschrift mit Datumsangabe neben der fehlenden/falschen Angabe.

Erfolgt die Verordnung im Rahmen des Blankoformularbedruckungs-Verfahrens (Anlage 2a des BMV-Ä) sind nur bestimmte nachträgliche Änderungen der Verordnung möglich. Hierauf wird unter Nr. 5 gesondert hingewiesen.

Erläuterung zur Art der Angabe:

Pflichtangabe	als Pflichtangabe gekennzeichnete Felder müssen ausgefüllt sein
Optionale Angabe	als optionale Angabe gekennzeichnete Felder können ausgefüllt sein
Konditionale Pflichtangabe	als konditionale Pflichtangabe gekennzeichnete Felder müssen ausgefüllt sein, wenn die beschriebene Voraussetzung zutrifft

a) Personalienfeld

Zuzahlungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungspflicht	Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Unfallfolgen			
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Angaben zur oder zum Versicherten (Name, Vorname, geb. am, Versicherten-Nr., Status), Angaben zum Kostenträger (Krankenkasse, Kostenträgerkennung), Angaben zur verordnenden Ärztin oder zum verordnenden Arzt (Arzt-Nr., Betriebsstättennummer), Ausstellungsdatum
Korrekturmöglichkeit	Fehlen <ul style="list-style-type: none"> • Angaben zur oder zum Versicherten (Name, Vorname, geb. am, Versicherten-Nr., Status), • Angaben zum Kostenträger (Krankenkasse, Kostenträgerkennung), • Angaben zur verordnenden Ärztin oder zum verordnenden Arzt (Arzt-Nr., Betriebsstättennummer) oder • das Ausstellungsdatum, kann die Behandlung nicht begonnen werden.

	<p>Ergänzungen können ausschließlich arztseitig mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe erfolgen. Handschriftliche Änderungen des Kostenträgers (Krankenkasse) sind nicht zulässig.</p> <p>In der Blankoformularbedruckung ist bei fehlerhaften/fehlenden Angaben zur oder zum Versicherten, zum Kostenträger und zur verordnenden Ärztin oder zum verordnenden Arzt eine nachträgliche Korrektur nicht möglich, es ist eine neue Verordnung auszustellen.</p>
Korrekturzeitpunkt	<p>Fehlen die oben gemachten Angaben müssen diese von der Ärztin dem Arzt vor Beginn der Behandlung ergänzt werden. Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung der Abrechnung erfolgen.</p>

a1) Zuzahlungsfrei/ Zuzahlungspflicht

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	<p>Durch Setzung eines Kreuzes gibt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt an, ob eine Zuzahlungsbefreiung bei der oder dem jeweiligen Versicherten vorliegt.</p>
Korrekturmöglichkeit	<p>Auf den Einzug der Zuzahlung darf der Leistungserbringer unabhängig von der Kennzeichnung auf der Verordnung nur bei Vorlage einer gültigen Befreiungsbescheinigung der zuständigen Krankenkasse verzichten. Die Felder „Zuzahlungsfrei“ und „Zuzahlungspflicht“ müssen nicht korrigiert werden.</p>
Korrekturzeitpunkt	Entfällt

a2) Unfallfolgen/BVG

Art der Angabe	Konditionale Pflichtangabe
Erläuterung	Durch Setzung eines Kreuzes kann die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt angeben, ob es sich bei der behandlungsbedürftigen Erkrankung um eine Unfallfolge oder um eine Verordnung im Rahmen des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) handelt.
Korrekturmöglichkeit	Keine Korrektur erforderlich
Korrekturzeitpunkt	Entfällt

b) Heilmittelbereich

Physiotherapie

Podologische Therapie

Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

Ergotherapie

Ernährungstherapie

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Angabe des jeweiligen Heilmittelbereichs (hier Ernährungstherapie)
Korrekturmöglichkeit	Keine Korrektur erforderlich, aber Information an Ärztin oder Arzt
Korrekturzeitpunkt	Entfällt

c) Hausbesuch

Hausbesuch ja nein

Art der Angabe	Konditionale Pflichtangabe
Erläuterung	Ein Hausbesuch kann nur erfolgen, wenn das Feld „Ja“ angekreuzt ist.
Korrekturmöglichkeit	Ist das Feld „Nein“ angekreuzt oder fehlt die Angabe, ist die Abrechnung eines Hausbesuches nicht möglich; die Gültigkeit der Verordnung ist nicht berührt. Eine Änderung auf „Ja“ kann ausschließlich arztseitig mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe erfolgen.
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung der Abrechnung erfolgen.

d) Therapiebericht

Therapiebericht

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Ein Therapiebericht gilt als ärztlich angefordert, wenn in dem entsprechenden Feld ein Kreuz gesetzt wurde. Fehlt dieses, ist die Erstellung nicht erforderlich.
Korrekturmöglichkeit	Sofern die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt den Therapiebericht nachträglich anfordert, kann der Leistungserbringer das Kreuz „ja“ im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift nachträglich korrigieren.
Korrekturzeitpunkt	Die Korrektur muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgen.

e) Dringlicher Behandlungsbedarf

Dringlicher Behandlungsbedarf
innerhalb von 14 Tagen

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Die Behandlung muss innerhalb von 28 Kalendertagen nach dem Verordnungsdatum begonnen werden. Soweit ein dringlicher Behandlungsbeginn vermerkt ist, muss die Behandlung innerhalb von 14 Kalendertagen beginnen.
Korrekturmöglichkeit	Wird der ärztlicherseits angegebene dringliche Behandlungsbedarf nicht beachtet, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Der dringliche Behandlungsbedarf darf ausschließlich von der Ärztin oder vom Arzt mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe aufgehoben werden. Die Behandlung darf dennoch nicht später als 28 Kalendertage nach Ausstellung der Verordnung beginnen.
Korrekturzeitpunkt	Die Änderung muss innerhalb von 14 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung erfolgen.

f) Behandlungseinheiten

Behandlungseinheiten

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Entsprechend § 42 Absatz 2 HeilM-RL sowie des zweiten Teils der HeilM-RL (Heilmittelkatalog) kann auf einer Verordnung der Bedarf an Ernährungstherapie für maximal 12 Wochen in Einheiten von je 30 Minuten verordnet werden. Die Verordnungsmenge der 30-Minuten-Einheiten ist zahlenmäßig nicht begrenzt. Reicht die verordnete Menge nicht für die Behandlung in einem 12-Wochen-Zeitraum aus, kann eine weitere Verordnung ausgestellt werden.

Korrekturmöglichkeit	Fehlt die Angabe der Behandlungsmenge, ist diese von der Ärztin oder vom Arzt mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe zu ergänzen.
Korrekturmöglichkeit	Die Korrektur muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgen.

g1) Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges (inkl. h, ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel)

<p>Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges Heilmittel</p>

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	<p>Es sind ausschließlich Heilmittel gemäß Heilmittelkatalog verordnungsfähig.</p> <p>Eine Ernährungstherapie wird in Einheiten von 30 Minuten verordnet. Sofern therapeutisch notwendig, können auch mehrere Einheiten pro Tag erbracht werden.</p> <p>Ernährungstherapie wird in der Regel als Einzeltherapie verordnet, ist aber auch als Gruppentherapie möglich.</p> <p>Die Heilmittel können daher Angaben zur Gruppenbehandlung sowie ergänzende Angaben zum Heilmittel enthalten.</p>
Korrekturmöglichkeit	<p><u>Heilmittel:</u> Fehlt die richtlinienkonforme Angabe eines Heilmittels oder ist diese unvollständig, fehlerhaft oder passt nicht zur Diagnosegruppe, muss eine Korrektur durch die Ärztin oder den Arzt mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe erfolgen.</p> <p>Sofern die Ärztin oder der Arzt ergänzende Angaben zum Heilmittel gemacht hat, kann hiervon im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift abgewichen werden. Die Änderung ist auf der Rückseite der Verordnung zu dokumentieren.</p>

	<p><u>Einzel- und Gruppenbehandlung:</u></p> <p>Wurde Einzeltherapie verordnet und sollen einzelne oder alle Einheiten nach Rücksprache mit dem Arzt als Gruppentherapie erbracht werden, so kann ohne weitere Korrektur die Gruppentherapie abgerechnet werden. Die erfolgte Rücksprache ist auf der Rückseite des Verordnungsvordrucks zu dokumentieren.</p> <p>Eine Änderung von Gruppen- auf Einzeltherapie ist möglich und vom Leistungserbringer nach <u>Information</u> der Ärztin oder des Arztes auf der Rückseite der Verordnung an der dafür vorgesehenen Stelle zu dokumentieren und zu begründen.</p> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p style="color: red; font-size: small;">Nach Rücksprache mit dem Arzt</p> <p><input type="checkbox"/> Abweichung von der Frequenz</p> <p>Änderung in</p> <p><input type="checkbox"/> Gruppentherapie <input type="checkbox"/> Einzeltherapie</p> </div>
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung der Abrechnung erfolgen.

g2) Ergänzendes Heilmittel

Ergänzendes Heilmittel	
Art der Angabe	Entfällt
Erläuterung	Ergänzende Heilmittel können gemäß Heilmittel-Richtlinie von der Ärztin oder dem Arzt nicht verordnet werden und somit auch nicht vom Leistungserbringer abgegeben und abgerechnet werden.
Korrekturmöglichkeit	Keine Korrektur erforderlich
Korrekturzeitpunkt	Entfällt

i) Therapiefrequenz

Therapie-
frequenz

Nach Rücksprache mit dem Arzt

Abweichung
von der Frequenz

Art der Angabe	Kann in der Ernährungstherapie entfallen
Erläuterung	Die Festlegung der Frequenz der Behandlungseinheiten erfolgt symptom- und bedarfsorientiert durch den Leistungserbringer und in enger Abstimmung mit der Ärztin/dem Arzt. Sofern therapeutisch notwendig, können auch mehrere Behandlungseinheiten pro Tag erbracht werden, diese müssen nicht zwingend zusammenhängend erfolgen. Sofern die Ärztin oder der Arzt Angaben zu der Therapiefrequenz macht, sind diese für den Leistungserbringer nicht bindend, vgl. § 16 Absatz 3 Heilm-RL.
Korrekturmöglichkeit	Keine Korrektur erforderlich
Korrekturzeitpunkt	Entfällt

j) Diagnosegruppe

Diagnose-
gruppe

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Es ist eine Diagnosegruppe gemäß Heilmittelkatalog anzugeben.
Korrekturmöglichkeit	Die Diagnosegruppe kann nur arztseitig mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe ergänzt oder geändert werden.
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung der Abrechnung erfolgen.

k) Behandlungsrelevante Diagnose (ICD 10 - Code)

Behandlungsrelevante Diagnose(n)
ICD-10 - Code

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Die Angabe der therapierelevanten Diagnose muss in Form eines oder mehrerer ICD-10-Schlüssel und/oder als Klartext erfolgen. Der ICD-10-Klartext kann ergänzt oder durch einen Freitext ersetzt werden.
Korrekturmöglichkeit	Fehlt die Angabe der Diagnose oder ist diese erkennbar nicht therapierelevant, ist diese mit einer erneuten Arztunterschrift und Datumsangabe zu ergänzen oder zu korrigieren.
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung der Abrechnung erfolgen.

l) Leitsymptomatik

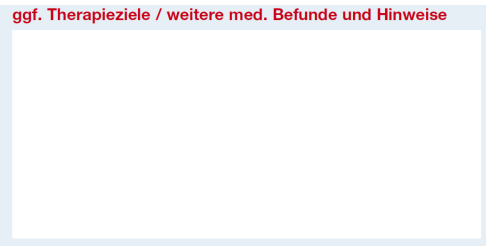
Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog a b c patientenindividuelle Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Die Leitsymptomatik ist nach Heilmittelkatalog anzugeben. Diese ist entweder nach buchstabenkodierter Leitsymptomatik a), b), c) oder als Klartext anzugeben. Alternativ kann eine patientenindividuelle Leitsymptomatik, die für die Heilmittelbehandlung der oder des Versicherten handlungsleitend ist, als Freitext angegeben werden.
Korrekturmöglichkeit	Fehlt die Leitsymptomatik oder ist sie erkennbar falsch, kann sie im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift nachgetragen, ergänzt oder geändert werden.
Korrekturzeitpunkt	Die Korrektur muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgen.

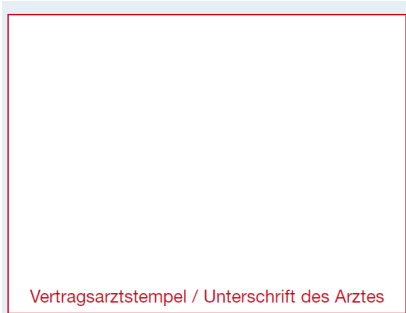
m) Ggf. Therapieziel / weitere med. Befunde und Hinweise

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise



Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Die Angabe eines Therapieziels ist nicht zwingend erforderlich. Soweit ärztlicherseits zusätzliche Angaben zu den wesentlichen Befunden, zu Vor- und Begleiterkrankungen gemacht wurden oder ergänzende Hinweise an den Leistungserbringer übermittelt werden sollen, können diese hier vermerkt werden.
Korrekturmöglichkeit	Keine Korrektur erforderlich
Korrekturzeitpunkt	Entfällt

n) Vertragsarztstempel und Arztunterschrift

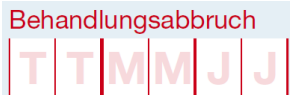


Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Eine Verordnung ist nur gültig, wenn sie ärztlich unterschrieben und mit seinem Arztstempel versehen ist.
Korrekturmöglichkeit	Korrekturen oder Ergänzungen der Arztunterschrift und/oder des Arztstempels können ausschließlich ärztlicherseits erfolgen.
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung der Abrechnung erfolgen.

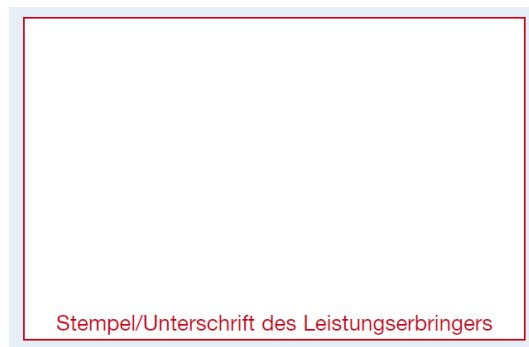
Korrekturmöglichkeit	Korrekturen oder Ergänzungen des IK des Leistungserbringers sind mindestens auf der Rückseite der Verordnung vorzunehmen.
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung der Abrechnung erfolgen.

q) Behandlungsabbruch



Art der Angabe	Konditionelle Pflichtangabe
Erläuterung	Wird die Behandlung vor Erreichen der verordneten Behandlungsmenge abgebrochen, ist dies mit dem Datum des Behandlungsabbruches zu vermerken und die Ärztin/den Arzt entsprechend zu informieren. Im Feld „Begründung“ ist der Grund anzugeben, warum die Behandlung nicht bis zum Erreichen der verordneten Behandlungsmenge durchgeführt wurde.
Korrekturmöglichkeit	Entfällt
Korrekturzeitpunkt	Entfällt

r) Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers



Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Durch Unterschrift und ggf. Praxisstempel ist vom Leistungserbringer die Richtigkeit der gemachten Angaben zu bestätigen.

Korrekturmöglichkeit	Korrekturen oder Ergänzungen des Stempels oder der Unterschrift sind auf der Rückseite der Verordnung vorzunehmen.
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung der Abrechnung erfolgen.

**Anlage 4
Fortbildung**

**zum
Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V
über
die Versorgung mit Leistungen
der Ernährungstherapie
und deren Vergütung**

1. Ziel

Für die Sicherstellung der Qualität der Heilmittelerbringung ist es notwendig, dass sich alle an der ambulanten Heilmittelversorgung beteiligten Leistungserbringer in Heilmittelpraxen und Einrichtungen nach § 124 Absatz 5 SGB V zielgerichtet regelmäßig fortbilden.

Die Fortbildungen sollen die Qualität

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

fördern bzw. positiv beeinflussen.

2. Fortbildungsumfang/Fortbildungspunkte/Übertragung

Es wird ein Punktesystem genutzt. Ein Fortbildungspunkt (FP) entspricht einer Unterrichtseinheit von 45 Min. Die Fortbildungsverpflichtung für den zugelassenen Leistungserbringer umfasst 60 FP in den letzten vier Jahren, davon möglichst 15 FP jährlich. Eine Übertragung von Fortbildungspunkten auf einen folgenden Betrachtungszeitraum (vgl. Punkt 3.) ist nicht möglich.

3. Betrachtungszeitraum

Der Beginn des Betrachtungszeitraumes beginnt ab 01.05.2021.

Der vierjährige Betrachtungszeitraum bezieht sich immer auf den einzelnen zur Fortbildung verpflichteten zugelassenen Leistungserbringer bzw. seiner fachlichen Leitung. Der Betrachtungszeitraum ist für Zeiten, in denen sich der zur Fortbildung verpflichtete zugelassene Leistungserbringer in Pflegezeiten, Mutterschutz oder Elternzeit befindet oder eine Arbeitsunfähigkeit von über 3 Monaten besteht, unterbrochen. Die Fortbildungspunkte sind in diesen Fällen für den verbleibenden Betrachtungszeitraum anteilig zu ermitteln. Der zur Fortbildung verpflichtete zugelassene Leistungserbringer hat Zeiten der Unterbrechung nachzuweisen.

4. Inhaltliche Anforderungen an die Fortbildung

4.1 Uneingeschränkt anrechnungsfähig sind Fortbildungen, die inhaltlich auf den Heilmittelbereich Ernährungstherapie ausgerichtet sind. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn:

- aktuelle, möglichst evidenzbasierte Erkenntnisse der eigenen Disziplin bzw. aus angrenzenden Fachgebieten mit Bezug zum Heilmittelbereich Ernährungstherapie oder
- Information über aktuelle Inhalte der Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Absatz 6 SGB V und dieses Vertrages oder
- aktuelle Diagnostik- oder Therapieverfahren vermittelt werden.

4.2 Die Teilnahme an fachbezogenen Kongressen kann je Betrachtungszeitraum in Summe mit bis zu 48 der notwendigen Fortbildungspunkte anerkannt werden.

4.3 Je Betrachtungszeitraum können in Summe mit bis zu 12 der notwendigen Fortbildungspunkte anerkannt werden für:

- Referenten- bzw. Dozententätigkeiten und
- Fortbildungen zur Verbesserung der Praxisabläufe und Praxisorganisation.

4.4 Den Anforderungen für anrechnungsfähige Fortbildungen genügen insbesondere folgende Inhalte nicht:

- Selbststudium, auch in elektronischer Form (z. B. Webcasts oder Lernsoftware) ohne Interaktionsmöglichkeit und ohne Teilnahmenachweis
- IT-Fortbildungen (Informationstechniken), EDV
- praxisinterne Fortbildungen, sofern es sich nicht um einen externen Dozenten handelt
- Mitgliederversammlungen und Gremiensitzungen
- Messeveranstaltungen und Ausstellungen
- Allgemeine Persönlichkeitsschulungen
- Praxisgründungsseminare
- Veranstaltungen zu Marketing, Steuerfragen oder allgemeinen juristischen Themen
- Seminare zu Abrechnungsfragen oder -verbesserungen
- Fortbildungen zu nicht heilmittelrelevanten Maßnahmen

5. Anforderungen an Dozierende

Für Fortbildungen gelten folgende Anforderungen an den oder die Dozierende:

- abgeschlossene Ausbildung, die zum Führen der Berufsbezeichnung als Leistungserbringer im Heilmittelbereich Ernährungstherapie berechtigt bzw. die in der Anlage 5 aufgeführten personellen Zulassungsvoraussetzungen erfüllt werden und eine mindestens 2-jährige vollzeitige bzw. vollzeitäquivalente therapeutische Berufserfahrung besteht oder
- eine abgeschlossene Ausbildung in einem benachbarten Fachgebiet oder eine für die Fortbildung geeignete andere Berufsqualifikation und dort eine mindestens zweijährige vollzeitige bzw. vollzeitäquivalente therapeutische Berufserfahrung in ihrem Fachgebiet besteht oder
- eine wissenschaftliche Tätigkeit im Heilmittelbereich Ernährungstherapie oder in einem der o.g. Fachgebiete ausgeübt wird.

6. Kommunikationsmedien

Für Fortbildungen, die mittels digitaler Kommunikationsmedien besucht werden (z.B. Webinar), gelten folgende zusätzliche Anforderungen:

- Registrierung der Teilnehmenden und Protokollierung der Teilnahme
- Möglichkeit zur direkten Interaktion mit den Dozierenden während der Fortbildung

7. Teilnahmebescheinigung

Die Teilnahmebescheinigung umfasst u.a. folgende Inhalte:

- Bezeichnung der Fortbildung / Thema der Veranstaltung
- Veranstaltungsort, Datum
- Name der Teilnehmenden oder des Teilnehmers mit ggf. Geburtsdatum
- Kurzbeschreibung der maßgeblichen Fortbildungsinhalte
- Qualifikation der oder des Dozierenden
- Anzahl der Unterrichtseinheiten und Fortbildungspunkte
- Unterschrift der oder des Dozierenden
- Unterschrift, Name und Anschrift der oder des Veranstaltenden

8. Dokumentation

Für Fortbildungen gilt, dass der oder die Veranstaltende für alle Veranstaltungen Teilnehmer- und Dozentenlisten führt. Diese sind zusammen mit den qualitätsbegründenden Unterlagen (vgl. Punkt 5 und 6) 60 Monate aufzubewahren.

9. Evaluation

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

10. Nachweis

Der Nachweis über die Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung ist durch den zugelassenen Leistungserbringer auf Anforderung der Krankenkasse bzw. ihres Kassenartenverbandes innerhalb eines Monats zu erbringen.

Anlage 5
Zulassungsvoraussetzungen

zum
Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V
über
die Versorgung mit Leistungen
der Ernährungstherapie
und deren Vergütung

1. Berufliche Qualifikation

Für die Zulassung zur Ernährungstherapie gibt es neben den gesetzlichen Zulassungskriterien gemäß § 124 Abs. 1 SGB V weitere Qualifikationsanforderungen, die sich aus der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) nach § 92 SGB V ergeben.

Die Zulassung für die Abgabe von Ernährungstherapie erfolgt indikationsbezogen, da die HeilM-RL für jedes von der Ernährungstherapie umfasste Indikationsgebiet eigene weitergehende Qualifikationsanforderungen beschreibt. Ein Leistungserbringer kann bei entsprechender Qualifikation für beide Indikationsgebiete zugelassen werden. Im Rahmen des Zulassungsverfahrens ist zunächst zu prüfen, ob eine entsprechende Grundqualifikation durch die Zugehörigkeit zu einer der in Ziffer 1.1 genannten Berufsgruppen besteht. Danach kann die Zulassung für das bzw. die Indikationsgebiete erteilt werden, für die auch die weiteren Qualifikationsanforderungen nach Ziffer 1.2 oder 1.3 erfüllt sind.

Den Arbeitsgemeinschaften nach § 124 SGB V sind bei der Überprüfung der Qualifikation des Antragstellers der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)¹ behilflich. Entsprechende Aufträge nimmt der MDS von den Arbeitsgemeinschaften nach § 124 SGB V entgegen.

1.1 Zulassungsfähige Berufsgruppen

Angehörige nachfolgend genannter Berufsgruppen können im Rahmen der Ernährungstherapie zur Abgabe vertraglich vereinbarter Leistungen zugelassen werden.

1.1.1 Diätassistentin oder Diätassistent

1.1.2 Für Hochschulabsolvierende ist das Vorliegen der Zulassungsvoraussetzungen nach Ziffer 4 im Einzelfall zu prüfen. Leistungserbringer, die die Ernährungstherapie durchführen, können Hochschulabsolventen mit folgenden Abschlüssen sein:

- Oecotrophologinnen oder Oecotrophologen (ernährungswissenschaftliche Ausrichtung; Abschlüsse: Diplom, Master of Science, Bachelor of Science),
- Ernährungswissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Master of Science, Bachelor of Science)

Weder der Berufsabschluss als Diätassistentin oder Diätassistent noch einer der o.g. Hochschulabschlüsse qualifiziert als alleiniges Kriterium bereits für die Zulassung zur Erbringung des Heilmittels Ernährungstherapie. Weitere für die Zulassung maßgeblichen Kriterien sind die Nachweise der nachfolgenden unter 1.2 und 1.3 genannten Qualifikationsanforderungen.

¹ Ab 01.01.2022 Medizinischer Dienst Bund (MD Bund)

1.2 weitere Qualifikationsanforderungen auf Basis der HeilM-RL für die Abgabe von Ernährungstherapie für Mukoviszidose (Indikationsschlüssel CF)

1.2.1 Therapieerfahrung

Für die Zulassung zur Abgabe von Ernährungstherapie bei Mukoviszidose ist zusätzlich zu einer Qualifikation gemäß Ziffer 1.1 Therapieerfahrung in der Behandlung von Mukoviszidose bei mindestens 50 Patientinnen und Patienten erforderlich. Diese Therapieerfahrung ist im Rahmen einer mindestens einjährigen Berufserfahrung zu sammeln.

1.2.2 Fachkenntnisse

Ferner sind folgende spezielle Kenntnisse nachzuweisen:

- a) Ernährungssituation von Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose unter Berücksichtigung des altersabhängigen erhöhten Energiebedarfs
- b) Berechnung des Energiebedarfs von CF-Patientinnen und CF-Patienten
- c) Bedeutung fettlöslicher Vitamine, Mineralien, Spurenelemente in der Ernährung bei CF
- d) Verdauungsenzyme und Enzymsubstitution bei CF,
- e) Vorgehen bei Malnutrition im Säuglings- und Kleinkindalter, bei Jugendlichen und Erwachsenen
- f) Besonderheiten in der Schwangerschaft und Stillzeit
- g) Ernährungstherapie bei Problemsituationen; z.B. schwere chronische Atemnot, Pubertätsverzögerung, Osteopenie
- h) Besonderheiten der Ernährungstherapie bei Organkomplikationen, z.B.
 - Diabetes mellitus
 - Leberzirrhose
- i) Ernährungstherapie nach Organtransplantation

1.3 Weitere Qualifikationsanforderungen auf Basis der HeilM-RL für die Abgabe von Ernährungstherapie für seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen (Indikationsschlüssel SAS)

1.3.1 Therapieerfahrung

Für die Zulassung zur Abgabe von Ernährungstherapie bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen ist zusätzlich zu einer Qualifikation gemäß Ziffer 1.1 Therapieerfahrung in der Behandlung von seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen bei mindestens 75 Patientinnen oder Patienten erforderlich. Diese Therapieerfahrung ist im Rahmen einer mindestens einjährigen Berufserfahrung zu sammeln.

1.3.2 Fachkenntnisse

Ferner sind folgende spezielle Kenntnisse nachzuweisen:

- a) Fütterungsproblematik im Säuglings- und Kleinkindalter/Esstörungen
- b) enterale Ernährung/Sondenarten/pädiatrische Produkte
- c) Krankheitsbilder und Diätetik bei Stoffwechselstörungen:
 - familiäre Hypercholesterinämien
 - Galaktosämie und hereditäre Fruktoseintoleranz
 - Phenylketonurie
- d) Eiweißarme Diäten bei angeborenen Stoffwechselstörungen
- e) Störungen im Abbau von Aminosäuren (Grundlagen und Überblick)
- f) Störungen im Abbau des Phenylalanin-Stoffwechsels (PKU)
- g) Störungen im Abbau der verzweigtkettigen Aminosäuren (MSUD)
- h) Störungen im Abbau des Lysin-Stoffwechsels (Glutarazidurie)
- i) Störungen im Abbau des Methionin-Stoffwechsels (Homocystinurie)
- j) Organoazidurie – Störungen im Propionat- und Methylmalonat-Stoffwechsel
- k) Harnstoffzyklusdefekte
- l) Kohlenhydratdefinierte Diäten bei Störungen im Kohlenhydrat-Stoffwechsel
- m) Glykogenose
- n) Galaktosämie
- o) Fruktoseintoleranz
- p) Fettdefinierte Diäten bei Störungen im Fett-Stoffwechsel
- q) Störungen im Transport exogener Lipide (β -Oxydationsstörungen)
- r) Störungen im Fett- und Energiestoffwechsel (PDH-Defekte, MAD-Defekte)

1.4 Nachweis der weiteren Qualifikationen nach Ziffer 1.2 und 1.3

1.4.1 Nachweis der behandelten Patientinnen und Patienten

Die Behandlung einer Patientin oder eines Patienten beginnt mit dem ersten Patientenkontakt, unabhängig davon, ob weitere Kontakte mit dieser Patientin oder diesem Patienten erfolgen. Erstreckt sich die Behandlung einer Patientin oder eines Patienten über mehr als 12 Monate, kann dieser für jeden begonnenen 12 Monatszeitraum als eine weitere behandelte Patientin oder ein weiterer behandelter Patient gezählt werden. Eine Therapie unter Anleitung eines nach diesen Vorschriften zulassungsfähigen Leistungserbringers ist auf den Umfang der Therapieerfahrung anrechnungsfähig. Durchgeführte Behandlungen können im Rahmen der Zulassung anerkannt werden, wenn diese entsprechend dokumentiert und bei der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V vorgelegt werden. (Musterformular siehe Anhang und Nachweise zur Arbeitszeit z. B. durch Arbeitszeugnisse)

1.4.2 Nachweis der speziellen Kenntnisse

Die speziellen Kenntnisse müssen im Rahmen der Berufsausübung oder durch weitere Aus- oder Weiterbildungen erlangt werden, entsprechende Nachweise sind z. B. durch Bestätigung der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers, Leistungsnachweise oder Weiterbildungszertifikate bei der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB vorzulegen.

1.5 Nicht zulassungsfähige Berufsgruppen

Folgende Berufsgruppen erfüllen die Voraussetzungen für die Erteilung einer Zulassung insbesondere nicht, sofern sie nicht den in Ziffer 1.1 definierten Berufsgruppen angehören:

- 1.5.1 Ausbildung zur Hauswirtschafterin oder zum Hauswirtschafter (staatlich geprüfte Ökotrophologin oder Ökotrophologe)
- 1.5.2 Ausbildung zur staatlich geprüften Assistentin oder zum staatlich geprüften Assistenten für Ernährung und Versorgung
- 1.5.3 Ernährungstherapeutinnen oder Ernährungstherapeuten
- 1.5.4 Hauswirtschafterinnen oder Hauswirtschafter
- 1.5.5 Diätköchinnen oder Diätköche, Köchinnen oder Köche
- 1.5.6 Diät- oder Ernährungsberaterinnen- oder -berater
- 1.5.7 Ernährungscoaches oder Fitnessberaterinnen oder -berater
- 1.5.8 Apothekerinnen oder Apotheker
- 1.5.9 Ärztinnen oder Ärzte
- 1.5.10 Heilpraktikerinnen oder Heilpraktiker

2. Räumliche Mindestvoraussetzungen

- 2.1 Die räumlichen Mindestvoraussetzungen sind auf den zugelassenen Leistungserbringer ausgerichtet.
- 2.2 Die Praxis muss einen Behandlungsraum mit mindestens 12 m² Therapiefläche umfassen.
- 2.3 Behandlungsräume oder -bereiche dürfen keine Durchgangsräume sein, es sei denn, dahinter befinden sich ausschließlich Räume, die für den Praxisbetrieb während der Therapie nicht genutzt werden.
- 2.4 In den Behandlungsräumen bzw. -bereichen bedarf es trittsicherer (R9 oder höher), fugenarmer, leicht zu reinigender und zu desinfizierender Fußböden (kein Teppichboden).
- 2.5 In jedem Behandlungsraum bzw. -bereich muss die Möglichkeit zur Handdesinfektion bestehen.
- 2.6 Für jeden zusätzlichen gleichzeitig tätigen Leistungserbringer ist ein weiterer Behandlungsraum erforderlich. Dies gilt nicht, wenn sich die Arbeitszeiten der Leistungserbringer in der Praxis nicht überschneiden. Bei der Ermittlung der erforderlichen Räumlichkeiten zur Behandlung bei gleichzeitig tätigen Leistungserbringern ist die Art des Beschäftigungsverhältnisses unerheblich.
- 2.7 Alle Räume müssen angemessen be- und entlüftbar sein, beheizt und beleuchtet werden können und dürfen einen Richtwert von 2,40 m Deckenhöhe -lichte Höhe- nicht unterschreiten.

3. Ausstattung

- 3.1 Pflichtausstattung
 - 3.1.1 Computer/Tablet mit einem Nährwertberechnungsprogramm inklusive Nachweis eines Vertrages, der das Vorhandensein des jeweils aktuellsten Updates gewährleistet
 - 3.1.2 Indikationsspezifisches Beratungs-, Schulungs- und Informationsmaterial; z.B.:
 - a) Lebensmittelattrappen
 - b) Leerverpackungen
 - c) Bildmaterial, Plakate
 - d) Messhilfen für Portionsgrößen

- 3.1.3 Telefon und Fax, Internetzugang sowie abrufbarer Anrufbeantworter (auch Mobiltelefon)
- 3.1.4 geeichte Körperwaage*
- 3.1.5 Küche(nzeile) mit abwischbaren Flächen und Böden*
- 3.1.6 Kühlmöglichkeit für Lebensmittel*
- 3.1.7 zusätzliche Wasch- und Desinfektionsmöglichkeit für Hände, Geschirr und Kücheneinrichtung und -geräte*
- 3.1.8 Einmalhandtücher*
- 3.1.9 Spültücher (als Einwegware)*
- 3.1.10 Geschirrtücher (sind nach einmaliger Verwendung bei mindestens 60°C maschinell zu waschen)*
- 3.1.11 Abfallbehälter ausschließlich mit Deckel, tgl. Entleerung*
- 3.1.12 Hygienebelehrung (Erstbelehrung, zweijährliche Wiederholungsbelehrung) nach § 43 Infektionsschutzgesetz (IfSG)*
- 3.1.13 Zusätzliche Hygienehinweise bei Behandlung von CF-Patientinnen und CF-Patienten:*

 - a) In den Beratungsräumen sollten keine Zimmerpflanzen stehen.
 - b) Grundsätzlich sollte auf Luftbefeuchter an Heizkörpern und Raumluftbefeuchter verzichtet werden.

* Den am 16.10.2021 bereits zugelassenen Leistungserbringern wird Bestandsschutz gewährt.

- 3.2 Pflichtausstattung für im Hausbesuch tätige Leistungserbringer
- 3.2.1 Computer/Tablet mit einem Nährwertberechnungsprogramm inklusive Nachweis eines Vertrages, der das Vorhandensein des jeweils aktuellsten Updates gewährleistet
- 3.2.2 Indikationsspezifisches Beratungs-, Schulungs- und Informationsmaterial, z.B.
 - a) Lebensmittelattrappen
 - b) Leerverpackungen
 - c) Bildmaterial
 - d) Messhilfe für Portionsgrößen
- 3.2.3 Mobiltelefon

4. Anforderungen für Angehörige der Berufsgruppen nach Ziffer 1.1.2

Angehörige einer Berufsgruppe nach den Ziffern 1.1.2 haben ihre theoretische und praktische Qualifikation detailliert nachzuweisen, wenn sie einen Antrag auf Zulassung stellen. Den Arbeitsgemeinschaften nach §124 SGB V sind bei der Überprüfung der Qualifikation des Antragstellers der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) behilflich. Entsprechende Aufträge nimmt der MDS² von den Arbeitsgemeinschaften nach § 124 SGB V entgegen.

Die Anforderungen an die in den Ziffern 1.1.2 genannten Diplom-/Bachelor-/Masterstudiengänge sind in Form des Europäischen System zur Akkumulation und Transfer von Kreditpunkten (European Credits Transfer and Accumulation System – ECTS³) gestellt. Ein Semester entspricht 30 Kreditpunkten (ECTS-Leistungspunkten). Ein Kreditpunkt (ECTS) entspricht im Durchschnitt 30 Arbeitseinheiten (=Zeitstunden). Bei der Bewertung von Zulassungsanträgen von Bachelor- oder Masterabsolventen werden nur die Studieninhalte berücksichtigt, die mit ECTS bewertet und von der Hochschule (z. B. im Leistungsnachweis-Transcript of Records) beurkundet sind.

Die in Ziffer 4.1 genannten Inhalte müssen Teil eines umfassenden, einschlägigen Studiums mit den in Ziffer 1.1.2 genannten Studienabschlüssen sein.

4.1 Theoretische Anforderungen⁴

4.1.1 Grundlagen

Naturwissenschaftliche Grundlagen	ECTS
Grundlagen der anorganischen und organischen Chemie	10
Auswertung und Interpretation von Daten und Studien; Deskriptive und analytische Statistik, Epidemiologie; Elemente der Differential- und Integralrechnung, Ausgleichs- und Regressionsrechnung, Wahrscheinlichkeitsrechnung; Grundbegriffe der Physik	
Biologisch-medizinische Grundlagen	

² Ab 01.01.2022 Medizinischer Dienst Bund (MD Bund)

³ Leistungspunkte (LP) sind inhaltlich identisch zu ECTS-Punkten

⁴ Es gelten die bisherigen Theoretischen Anforderungen Ziffer 4.1 fort, bis die Vertragspartner insoweit eine neue Vereinbarung getroffen haben oder eine Festsetzung der Schiedsstelle erfolgt. Die Schiedsstelle fordert die Vertragsparteien auf, sich bis zum 31.12.2021 auf neue Theoretische Anforderungen (Ziffer 4.1 der Anlage 5) zu verständigen.

Grundlagen biochemischer Prozesse und Reaktionen	10
Molekularbiologie, Grundlagen der Genetik	
Funktion (Physiologie) des menschlichen Organismus, u. a. Zellphysiologie, Elektrolythaushalt, Säure-Basen-Haushalt	
Aufbau (Anatomie) des menschlichen Organismus, u. a. Gastrointestinaltrakt, Herz-Kreislauf-System	
Grundlagen der Mikrobiologie	

4.1.2 Ernährungs- und Lebensmittelwissenschaft

Ernährungswissenschaft	ECTS
Energiebedarf und -stoffwechsel; Verdauung und Resorption, Verdauungsenzyme, hormonelle Regulation und Steuerung	20
biochemische Reaktionen, Intermediärstoffwechsel, Pathobiochemie	
Ernährungssituation in Deutschland und weltweit, Empfehlungen für die Nährstoffzufuhr, Zusammensetzung der Nahrung/Nahrungsinhaltsstoffe; Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr und praktische Ernährungsempfehlungen, ernährungsphysiologische Beurteilung von Nahrungsmitteln; alternative Ernährungsformen; Nahrungsergänzungsmittel und funktionelle Lebensmittel	
Anforderungen an die Ernährung ausgewählter Bevölkerungsgruppen (insbes. Säuglinge, Kleinkinder, Schwangere, Senioren); Entwicklung bedarfsorientierter Ernährungskonzepte; <ul style="list-style-type: none"> - Methoden der Ernährungserhebung; - Methoden zur Ermittlung des Ernährungsstatus von Personen und Gruppen, Anthropometrie; - Nährwertberechnung 	
Lebensmittelwissenschaft	
Hauptinhaltsstoffe von Lebensmitteln, Sekundäre Pflanzenstoffe; analytische Methoden; Gentechnik	15
Prozessschritte und Abläufe der Verarbeitung, Einfluss von Prozessabläufen auf Qualität und Inhaltsstoffe der Lebensmittel; Lebensmittelsensorik	

Zubereitungsverfahren und deren Einfluss auf die Qualität von Lebensmitteln	
natürliche und industriell hergestellte Produkte: Herkunft, Verarbeitung, stoffliche Zusammensetzung, Qualitätsmerkmale	
Mikrobiologie und Toxikologie der Lebensmittel, pathogene Mikroorganismen, Kontaminationen, Rückstände, Hygiene, Hygienekonzepte	
Grundlegende nationale und EU-weite Regelungen zum Lebensmittelrecht, z. B. LFGB, LM-Kennzeichnungs-VO, Novel Food-VO, Health Claims	

4.1.3 Weitere Fachspezifische Kenntnisse

Ernährungsmedizin und Diätetik	ECTS
Epidemiologie, Prävention und Therapie von Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts, des Herz-Kreislauf-Systems, des Stoffwechsels (insbes. Diabetes mellitus); Übergewicht und Adipositas; Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts; immunologische, rheumatische und allergische Erkrankungen; Fehl- und Mangelernährung; klinische Laborparameter	10
Grundlagen der Diätetik, Diätkostformen, relevante Leitlinien	
Aufstellen und Berechnen von Tages- und Wochenspeiseplänen bei verschiedenen diätetischen Indikationen	10
Ernährungspsychologie, Ernährungssoziologie, Beratung und Kommunikation	
wissenschaftlich-theoretische Inhalte der Ernährungspsychologie, psychologische Erklärungsansätze, Ernährungsverhalten, Verhaltensänderungen, Essstörungen	
Sozialwissenschaftliche Grundlagen der Ernährung des Menschen, Essstile und Ernährungsgewohnheiten, milieu- und landesspezifische Besonderheiten, Einflüsse auf das Essverhalten	
Kommunikation, Kommunikationstheorien und -techniken	10
Gesprächsführung in der Einzel- und Gruppenberatung, methodische und didaktische Grundlagen, Struktur von Beratungsprozessen	

Gesamt

75

Anhang: Musterformular zum Nachweis der Therapieerfahrung

Bescheinigung zum Nachweis der Therapieerfahrung nach § 44 HeilM-RL	
1. Angaben zur Person der Antragstellerin oder des Antragstellers:	
Name und Vorname	_____
Geburtsdatum	_____
Anschrift	_____
Berufsbezeichnung	_____
2. Angaben zur geplanten beruflichen Tätigkeit der Antragstellerin oder des Antragstellers:	
Tätigkeit	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt
Art	<input type="checkbox"/> zugelassene Praxis <input type="checkbox"/> andere Institution
Bei Institution	_____
Art der Einrichtung	_____
Anschrift	_____
Telefonnummer	_____
Ggf. Kassenzulassung seit:	_____
3. Angaben zur bisherigen beruflichen Tätigkeit der Antragstellerin oder des Antragstellers:	
Dauer der Tätigkeit (von/bis MM/JJ)	_____
Stunden je Woche	_____
Zahl der behandelten Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose (vgl. Ziffer 1.4.1)	_____
Zahl der behandelten Patientinnen und Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechselstörungen (vgl. Ziffer 1.4.1)	_____
4. Angaben zum anleitenden Leistungserbringer:	
Name und Vorname der anleitenden Person	_____
Geburtsdatum	_____
Berufsbezeichnung	_____
Telefon (tagsüber)	_____

5. Optional: Angaben zur Qualifikation des anleitenden Leistungserbringers:

Ausbildung oder Studienfach _____
 1. Fachrichtung _____
 2. Fachrichtung _____
 Art, Ort und Datum
 des Abschlusses _____

6. Angaben zur beruflichen Tätigkeit der anleitenden Leistungserbringer:

Tätigkeit selbstständig angestellt
 Art zugelassene Praxis andere Institution
 Bei Institution _____
 Anschrift _____
 Telefonnummer _____
 Ggf. Kassenzulassung seit: _____

7. Einzelnachweis der behandelten Patientinnen oder Patienten

Lfd. Nummer	Patientin oder Patient (Pseudonym)	Geburtsjahr	Behandlungs-jahr	CF	SAS
1.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...					

Erläuterungen:

Nachweis von speziellen Kenntnissen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose (Cystische Fibrose–CF) bei 50 behandelten Patientinnen und Patienten im Rahmen einer mindestens einjährigen Berufserfahrung.

Nachweis von speziellen Kenntnissen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit SAS durch eine Therapieerfahrung bei 75 behandelten Patientinnen und Patienten im Rahmen einer mindestens einjährigen Berufserfahrung.

Eine Patientin oder ein Patient, die oder der über einen Zeitraum von mehr als einem Jahr betreut wird, zählt im Folgejahr wie eine neue Patientin oder ein neuer Patient.

8. Nachweis von speziellen Fachkenntnissen bei CF (gemäß § 44 Abs. 6 HeilM–RL) oder SAS (gemäß § 44 Abs. 5 HeilM–RL)

9. Sonstige Nachweise

Unterschrift der Antragstellerin oder des Antragstellers
 Unterschrift der anleitenden Person (optional)
 Stempel der Institution (optional)

Anlage 6
Anerkenniserklärung

zum
Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V
über
die Versorgung mit Leistungen
der Ernährungstherapie
und deren Vergütung

Name zuständiger Arbeitsgemeinschaft:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Anerkenniserklärung nach § 124 Absatz 1 Nr. 3 und § 124 Absatz 6 Satz 1 SGB V

Institutionskennzeichen:

(Vor- und Zu-) Name/Firmierung des zuzulassenden bzw. zugelassenen Leistungserbringers:

.....
.....

Geburtsdatum (bei natürlichen Personen):

Praxissitz: Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefon und Faxnummer der Praxis:

E-Mail der Praxis:

ggf. Name des Berufsverbandes:

Hiermit erkenne ich den Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V zwischen den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer der Ernährungstherapie maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und dem GKV-Spitzenverband über die Versorgung mit Leistungen der Ernährungstherapie und deren Vergütung einschließlich aller Anlagen in der jeweils gültigen Fassung an. Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages werden mir gegenüber ohne weitere Anerkenniserklärung verbindlich.

Ich verpflichte mich, den von mir eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Bestimmungen des Vertrages zur Kenntnis zu bringen und deren Beachtung durch sie in geeigneter Weise zu überwachen. Jegliches Fehlverhalten dieser Personen bei der Erfüllung der mir obliegenden Pflichten habe ich wie eigenes Verschulden zu vertreten. Die zivilrechtlichen Haftungsbestimmungen bleiben unberührt.

Informationen gemäß § 3 Absatz 5 über die von mir eingesetzten Leistungserbringer sowie Angaben gemäß § 11 Absatz 8 des Vertrages nach § 125 Absatz 1 SGB V füge ich anbei.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel, Unterschrift der Inhaberin oder des Inhabers