

Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

zwischen

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

- nachstehend Heilbäderverband genannt -

und

den nachfolgend benannten **Ersatzkassen**

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

gemeinsamer Bevollmächtigte/r mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg
(im Folgenden vdek-Landesvertretung genannt)

dem **BKK Landesverband Süd**
Stuttgarter Straße 105, 70806 Kornwestheim

- vertreten durch die IKK classic -

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

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

- nachfolgend Krankenkassen und Ersatzkassen genannt -

Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortsspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

**§ 1
Umfang und Geltungsbereich**

(1) Dieser Vertrag gilt:

1. Für die auf Seite 1 genannten Krankenkassen und Ersatzkassen in Baden-Württemberg und die außerhalb Baden-Württembergs liegenden Krankenkassen.
2. Für Leistungserbringer in Kurorten, welche Mitglied beim Heilbäderverband sind und sie die Anerkenniserklärung gemäß **Anlage 1** unterzeichnet haben. Hierzu ist eine Bestätigung des Heilbäderverbandes erforderlich. Eine aktuelle Liste der Leistungserbringer wird den Krankenkassen vom Heilbäderverband auf Anforderung (in Excel-Format mit Angabe der IK-Nr.) zur Verfügung gestellt.
3. Zusätzlich gilt:

a) für die Leistungserbringer von Maßnahmen zur individuellen Gesundheitsförderung:

Diese können während ambulanter Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V nur von Leistungserbringern abgegeben und abgerechnet werden, die das Prüfsiegel als Zertifizierung für Präventionskurse durch die „zentrale Prüfstelle Prävention“ nachweisen können (Zentrale Prüfstelle Prävention (zentrale-pruefstelle-praevention.de) und eine Abgabe- und Abrechnungsberechtigung von Seiten der Krankenkassen und Ersatzkassen erhalten haben. Diese ist zeitlich befristet gemäß dem Zertifikat der zentralen Prüfstelle Prävention.

(2) Dieser Vertrag regelt:

1. Die Voraussetzungen für die Behandlung von Versicherten der Krankenkassen und Ersatzkassen in Baden-Württemberg und des übrigen Bundesgebietes mit kurortsspezifischen Leistungen und individuellen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in anerkannten Kurorten (gemäß Abs. 1 Nr. 3).
2. Art und Umfang der abgegebenen Leistungen.
3. Rechte und Pflichten der Vertragsparteien.

**§ 2
Abgabe- und Abrechnungserlaubnis für Leistungserbringer**

- (1) Voraussetzung für die Abgabe von Leistungen nach diesem Vertrag ist die Abgabe- und Abrechnungserlaubnis durch die Krankenkassen und Ersatzkassen.
- (2) Die Leistungserbringer, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses abrechnungsberechtigt sind, gelten in diesem Umfang weiterhin als abrechnungsberechtigt, sofern sie dem Rahmenvertrag vom 1. Oktober 2010 beigetreten sind und diese Beitrittserklärung unterzeichnet hatten.

Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortsspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

Präambel

Dieser Vertrag regelt alle Behandlungen mit kurortsspezifischen Leistungen und individuellen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im Rahmen genehmigter ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten. Für alle im Rahmen einer ambulanten Vorsorgeleistung abgegebenen Heilmittel nach Anlage 3 gelten vollumfänglich die Regelungen des Bundesrahmenvertrages nach § 125 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
<u>§ 1 Umfang und Geltungsbereich</u>	3
<u>§ 2 Abgabe- und Abrechnungserlaubnis für Leistungserbringer</u>	3
<u>§ 3 Art und Umfang der abzugebenden Leistungen</u>	4-6
<u>§ 4 Besondere Vorschriften für die Abgabe von Leistungen</u>	7
<u>§ 5 Maßnahmen zum internen Qualitätsmanagement nach § 137 d SGB V</u>	8
<u>§ 6 Wahl des Behandlers</u>	7
<u>§ 7 Vergütung</u>	8
<u>§ 8 Abrechnungen</u>	8
<u>§ 9 Statistiken</u>	8
<u>§ 10 Datenschutz</u>	8
<u>§ 11 Beendigung und Widerruf der Abgabe- und Abrechnungserlaubnis</u>	8
<u>§ 12 Vertragserfüllung, Vertragsverstöße</u>	9
<u>§ 13 Salvatorische Klausel</u>	9
<u>§ 14 Inkrafttreten und Kündigung</u>	9
 <u>Anlagen</u>	 10

Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortsspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

§ 3

Art und Umfang der abzugebenden Leistungen

(1) Für kurortsspezifische Leistungen gilt:

1. Den Versicherten dürfen Leistungen auf den dafür vorgesehenen Verordnungsvordrucken, auf denen der Zusatz "Ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V" eingetragen ist, abgegeben werden.

Für die Verordnung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung sind separate Verordnungsvordrucke zu verwenden.

2. Bei allen im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen abgegebenen Maßnahmen findet die Heilmittel-Richtlinie Ärzte keine Anwendung.
3. Der Leistungserbringer erbringt Leistungen persönlich oder lässt Leistungen nach diesem Rahmenvertrag durch seine qualifizierten Mitarbeiter, welche die Voraussetzungen gemäß § 124 Abs.1 SGB V erfüllen müssen, durchführen.
4. Die Annahme von ärztlichen Verordnungen und die Ausführung der verordneten Leistungen nach Absatz 1 ist nur gestattet, wenn eine Abgabe- und Abrechnungserlaubnis vorliegt. Sofern der Vertragsarzt die Durchführung individueller Maßnahmen der Gesundheitsförderung für medizinisch notwendig erachtet, sind diese auf einem separaten Verordnungsformular zu verordnen.

Eine teilweise private Ausführung der ärztlichen Verordnung ist nicht zulässig. Im Hinblick auf die ärztliche Verordnung unterliegt der Leistungserbringer der Schweigepflicht. Ausgenommen von dieser Regelung sind die Angaben im Sinne des SGB V für die leistungspflichtige Krankenkasse.

5. Die Behandlung muss hinsichtlich ihrer Ausführung, Art und Dauer den wissenschaftlich anerkannten Erfahrungsgrundsätzen entsprechen. Zur Abgabe dieser Leistungen sind die Leistungserbringer und ihre behandlungsberechtigten Mitarbeiter im Rahmen ihrer fachlichen Eignung berechtigt. Die Leistung setzt eine vom Vertragsarzt vollständig ausgefüllte Verordnung voraus. Die ärztliche Verordnung ist nicht übertragbar; sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
6. Art, Umfang und Zeitpunkt (Intervalle) der Ausführung verordneter Leistungen bestimmt der Kur- bzw. Badearzt. Die erste Leistung ist innerhalb von 10 Arbeitstagen nach der Ausstellung der Verordnung abzugeben.
Kann die Behandlung in dem genannten Zeitraum nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.
Die Unterbrechung einer Behandlungsserie von mehr als zehn Tagen verlangt grundsätzlich eine Neuverordnung.
7. An den Versicherten dürfen nur die ärztlich verordneten Leistungen abgegeben werden. Es ist unzulässig, anstelle der ärztlich verordneten Leistungen andere Leistungen abzugeben.
Nicht in Anspruch genommene Leistungen dürfen nicht und vorzeitig beendete Behandlungen dürfen nur in dem tatsächlich erbrachten Umfang berechnet werden.
Eine Zuwiderhandlung stellt einen schweren Vertragsverstoß dar.
In begründeten Ausnahmefällen können auf eine ärztliche Verordnung hin Doppelbehandlungen durchgeführt werden. Danach gilt die vom Arzt im Feld „Verordnungsmenge“ angegebene Anzahl als Höchstmenge.

Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

8. Die Zuzahlung für kurortspezifische Leistungen, **Anlage 2a** und Heilmittel, **Anlage 3** regelt § 61 Satz 3 SGB V. Für die Leistungen gemäß **Anlage 2b** sind vom Versicherten keine Zuzahlungen zu leisten.
Werden unterschiedliche Leistungserbringer im Rahmen einer genehmigten ambulanten Vorsorgemaßnahme in Anspruch genommen, sind die Heilmittel hierfür vom Kurarzt auf mehreren Originalverordnungen zu verordnen.
9. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung sind im Ausnahmefall möglich. Diese sind vor Behandlungsbeginn vom Kur- bzw. Badearzt mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe zu bestätigen.
10. Im Interesse einer effektiven und effizienten Behandlung hat der Leistungserbringer für jeden Patienten eine Verlaufsdokumentation zu führen.
Sie erfolgt je Behandlungstag und -einheit und umfasst die im Einzelnen erbrachte Leistung, die Reaktion des Patienten, ggf. Besonderheiten bei der Durchführung, den die Leistung durchführenden Therapeuten und bei mehreren Betriebsstätten den Therapieort. Die Unterlagen sind fünf Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres der erbrachten Leistungen aufzubewahren. Der abgabeberechtigte 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.

(2) Für individuelle Maßnahmen der Gesundheitsförderung gilt:

1. Voraussetzung für die Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung ist, dass der Heilbäderverband die einschließlich des/der hier tätigen Zertifikatsinhabers vor Abgabe der Leistung an die Krankenkassen und Ersatzkassen meldet.
Der Zertifikatsinhaber ist von der gemeldeten Einrichtung (nachfolgend Leistungserbringer genannt) zu beschäftigen. Der gemeldete Leistungserbringer haftet für die vertragsgemäße Abgabe der individuellen Maßnahmen.
2. Die individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung während ambulanter Vorsorgeleistungen sind auf der Grundlage der gemeinsamen Leistungsbeschreibungen für individuelle Maßnahmen der Gesundheitsförderung in ambulanten Vorsorgeleistungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Deutschen Heilbäderverbandes, **Anlage 6b** zu erbringen, sofern nichts Abweichendes vereinbart ist.
Für die Durchführung individueller Maßnahmen der Gesundheitsförderung (Seminare) ist eine gesonderte ärztliche Verordnung, **Anlage 5**, erforderlich.
Der verordnende Arzt und die der Leistung abgebende Leistungserbringer, der für die Einrichtung tätige Zertifikatsinhaber bzw. das abgebende Personal dürfen nicht identisch sein. Andere Leistungen, die in der Leistungsbeschreibung für individuelle Maßnahmen der Gesundheitsförderung nicht genannt sind und für die keine Abrechnungsbefugnis erteilt wurde, werden von den Krankenkassen und Ersatzkassen auf Grund dieses Vertrages nicht erstattet.
3. Die Versicherten sind vor Seminarbeginn von dem Leistungserbringer darauf hinzuweisen, dass die Kostenübernahme der Krankenkasse und Ersatzkassen die Teilnahme an allen vorgesehenen Unterrichtsstunden voraussetzt.

Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortsspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

Nicht in Anspruch genommene Leistungen dürfen nicht und vorzeitig beendete Behandlungen dürfen nur in dem tatsächlich erbrachten Umfang abgerechnet werden. Eine Zuwiderhandlung stellt einen schweren Vertragsverstoß dar.

4. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass der Zertifikatsinhaber die durchgeführten Seminareinheiten je Teilnehmer pro Leistungserbringungstag dokumentiert. Die Dokumentation enthält mindestens die durchgeführte Leistung und die Dauer der Unterrichtseinheiten. Die Dokumentation ist den zuständigen Krankenkassen und Ersatzkassen auf Anforderung unentgeltlich vorzulegen.
5. Für die Leistungen gemäß **Anlage 2b** ist vom Versicherten keine Zuzahlung zu leisten.
- (3) Der Versicherte darf durch den Leistungserbringer oder seine Mitarbeiter ohne sachlich gerechtfertigten Grund nicht zu bestimmten Verordnungen von Vertragsärzten beeinflusst werden. Gleichzeitig darf der Leistungserbringer von sich aus den Vertragsarzt in seiner Verordnungsweise nicht beeinflussen. Für die Leistungen der Krankenkassen und Ersatzkassen darf nicht geworben werden.
- (4) Jede Behandlung ist am Tage der Leistungsabgabe durch den Patienten oder wenn der Patient auf Grund seiner Erkrankung im Einzelfall nicht in der Lage ist, von dessen Vertreter oder Betreuungsperson durch Unterschrift auf der Rückseite den dafür vorgesehenen Verordnungsvordrucken, auf denen der Zusatz „Ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V“ eingetragen ist, zu unterschreiben. Ein erklärender Vermerk, wer die Unterschrift im Auftrag getätigt hat, ist auf der Verordnung anzubringen. Auf der Rückseite der Verordnung ist das Datum der Behandlung und die abgebende Leistung verständlich einzeln darzustellen. Bei individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung ist ferner der zeitliche Umfang anzugeben. Eine Bestätigung der erhaltenen Leistung durch den Therapeuten ist nicht möglich. Bestätigungen im Voraus oder nachträglich, Globalunterschriften sowie die Verwendung von Korrekturmitteln sind nicht zulässig. Ist aus logistischen Gründen keine Unterschrift je Leistung möglich, genügt eine Unterschrift des Versicherten pro Tag der Leistungserbringung. Leistungen, die nicht in Anspruch genommen worden sind, können den zuständigen Krankenkassen und Ersatzkassen nicht in Rechnung gestellt werden.

Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortsspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

§ 4

Besondere Vorschriften für die Abgabe von Leistungen

- (1) Die Behandlung in Bewegungsbädern kann gruppenweise erfolgen. Dabei sollen Anspruchsberechtigte mit dem gleichen Krankheitsbild zu einer Gruppe zusammengefasst werden. Aufgrund der zahlenmäßigen Größe einer Gruppe darf durch Zusammenfassung derselben der Therapieerfolg nicht gefährdet sein.
- (2) Leistungen im Rahmen des § 23 Abs. 2 SGB V dürfen erst nach Ausstellung der Kostenübernahmeerklärung durch die Krankenkassen und Ersatzkassen in anerkannten Kurorten und unter Vorlage der Genehmigungsunterlagen abgegeben und abgerechnet werden. Die inhaltlichen Angaben der Genehmigung insbesondere hinsichtlich des Gültigkeitszeitraumes der Kostenübernahmeerklärung, der Dauer der bewilligten Maßnahme und des jeweils genehmigten Kurortes sind zu beachten. Die Kurmaßnahme ist – sofern in den Genehmigungsunterlagen der jeweiligen Krankenkassen und Ersatzkassen nichts Abweichendes ausgeführt ist – innerhalb von zwölf Wochen nach dem Genehmigungstag anzutreten. Die Kostenübernahmeerklärung ist nicht übertragbar.

§ 5

Maßnahmen zum internen Qualitätsmanagement nach § 137 d SGB V

- (1) Der nach diesem Vertrag abgabeberechtigte Leistungserbringer hat dafür Sorge zu tragen, dass das (einrichtungs-) interne Qualitätsmanagement für die Erbringung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V (**Anlage 7**) erfüllt wird. Der Nachweis über das Qualitätsmanagement ist alle zwei Jahre, erstmals zum **31. Dezember 2025**, zu erbringen. Der Nachweis ist auf Anforderung der Krankenkassen und Ersatzkassen oder dem Heilbäderverband innerhalb eines Monats zu erbringen.
- (2) Erfüllt der nach diesem Vertrag abgabeberechtigte Leistungserbringer das vereinbarte Qualitätsmanagement nicht fristgerecht nach **Anlage 7**, so hat er diese unverzüglich innerhalb von sechs Monaten nachzuholen.
- (3) Zwischen den Vertragspartnern besteht Einigkeit, dass bei Änderungen der Vereinbarung nach § 137 d Abs. 3 SGB V zu den grundsätzlichen Anforderungen an ein (einrichtungs-) internes Qualitätsmanagement für die Erbringung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V auf Bundesebene diese automatisch auch für Leistungserbringer von kurortsspezifischen Leistungen gelten. Die **Anlage 7** wird von den Vertragspartnern ggf. auch während der Laufzeit dieses Rahmenvertrages aktualisiert.

§ 6

Wahl des Behandlers

Den Versicherten steht die Wahl unter den Abgabe- und Abrechnungsberechtigten Leistungserbringern an dem in der Genehmigung der Krankenkassen und Ersatzkassen genannten, anerkannten Kurorten gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 2 frei. Die Krankenkassen und Ersatzkassen beeinflussen diese freie Wahl nicht.

Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortsspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

**§ 7
Vergütung**

- (1) Kurortsspezifische Leistungen werden nach **Anlage 2a** vergütet. Die individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung werden nach **Anlage 2b** vergütet. Die Preise gelten auch für Versicherte und Krankenkassen/Ersatzkassen außerhalb von Baden-Württemberg. Für die im Rahmen genehmigter ambulanter Vorsorgeleistungen abgegebenen Heilmittel gelten die jeweils aktuellen Preise des Bundesrahmenvertrages nach § 125 Abs. 1 SGB V nach **Anlage 2** über die Versorgung der Physiotherapie und deren Vergütung.
- (2) Für die erbrachten Leistungen dürfen mit Ausnahme des Kostenanteils des Versicherten gemäß § 32 Abs. 2 SGB V Zahlungen oder Zuzahlungen nicht gefordert werden.
- (3) Die Kosten der erbrachten kurärztlichen Leistungen sind gemäß dem geltenden Kurarztvertrag über den Kurarztschein abzurechnen.

**§ 8
Abrechnung**

- (1) Die Einzelheiten zum Verfahren der Abrechnung mit dem jeweiligen Kostenträger ergeben sich aus der **Anlage 4**.
- (2) Für die Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag ist der / sind die Leistungserbringergruppenschlüssel (= LEGS), bestehend aus Abrechnungscode und Tariffkennzeichen, gemäß den **Anlagen 2a, 2b und 3** zu verwenden.

**§ 9
Statistiken**

- (1) Die Leistungserbringer von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung liefern jährlich eine Statistik über die Zahl der durchgeführten Seminare und der Teilnehmer. Die Statistiken der Leistungserbringer werden den Krankenkassen und Ersatzkassen vom Heilbäderverband zur Verfügung gestellt.

**§ 10
Datenschutz**

Der abgabeberechtigte Leistungserbringer ist aufgrund des Gesetzes verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) einzuhalten.

**§ 11
Beendigung und Widerruf der Abgabe- und Abrechnungserlaubnis und Abrechnungsbefugnis**

Die Abgabe- und Abrechnungserlaubnis und die Abrechnungsbefugnis zur Erbringung von Leistungen nach diesem Vertrag endet mit Widerruf der Abgabe- und Abrechnungserlaubnis und/oder der Abrechnungsbefugnis.

Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortsspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

§ 12

Vertragserfüllung, Vertragsverstöße

Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen, zu Gebote stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen.

Bei Vertragsverstößen gilt § 20, der Inhalt des Bundesrahmenvertrages nach § 125 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen und deren Vergütung entsprechend.

Die Leistungserbringer und gegebenenfalls der Heilbäderverband haben alle Veränderungen, die das Vertragsverhältnis berühren, den Krankenkassen und Ersatzkassen unverzüglich mitzuteilen.

§ 13

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Regelungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam werden, so berührt dies die Gültigkeit der übrigen Regelungen nicht. Die Vertragspartner verpflichten sich, die unwirksame(n) Regelung(en) bei Bedarf durch (eine) rechtlich zulässige Regelung(en) zu ersetzen.

§ 14

Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt mit Wirkung vom 1. August 2023 in Kraft und ersetzt für die im Rubrum aufgeführten Vertragspartner jeweils den bestehenden Rahmenvertrag gemäß § 23 Abs. 2 SGB V über die Leistungserbringung und die Abgabe von kurortsspezifischen Heilmitteln in Kurbetriebsunternehmen im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen vom 1. Oktober 2010 (gültig ab 1. Oktober 2010) mit dem Heilbäderverband. Für bisher beigetretene Leistungserbringer gilt dieser Vertrag, ohne dass der beigetretene Leistungserbringer eine gesonderte Erklärung abgeben muss. Die **Anlagen 1 bis 7** sind Bestandteil des Vertrages.
- (2) Dieser Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendermonats, frühestens jedoch zum 31. Dezember 2024 schriftlich gekündigt werden. Neben den Verbänden kann jede einzelne Krankenkasse den Vertrag gemäß den Fristen nach Satz 1 kündigen. Die Geltung des Vertrages für die übrigen Vertragspartner wird von einer Kündigung nicht berührt. Bis zum Inkrafttreten eines neuen Vertrages gelten die Regelungen des Rahmenvertrages weiter.

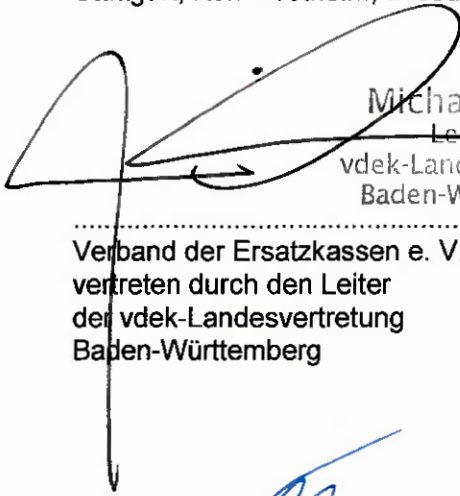
Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

Anlagen


- Anlage 1 Beitrittserklärung für die Leistungserbringer
- Anlage 2a Vergütung kurortspezifische Leistungen
- Anlage 2b Vergütung individuelle Maßnahmen zur Gesundheitsförderung
- Anlage 3 Vergütung Physiotherapie
- Anlage 4 Abrechnungsregelungen
- Anlage 5 Verordnungsvordruck
- Anlage 6a Leistungsbeschreibung kurortspezifische Leistungen
- Anlage 6b Leistungsbeschreibung individuelle Maßnahmen
- Anlage 7 Qualitätsmanagement


Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

Stuttgart, Kornwestheim, Dresden, München den 10. Juli 2023

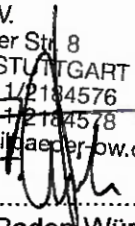

Michael Mruck
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Baden-Württemberg

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


.....
IKK classic


.....
BKK Landesverband Süd
- vertreten durch die IKK classic -


.....
KNAPPSCHAFT,
Regionaldirektion München


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

.....
Heilbädeverband Baden-Württemberg e.V.

Anlage 1 zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

**Beitrittserklärung für zugelassene Praxen und Kurbetriebe nach § 124 SGB V
- im Rahmenvertrag als Leistungserbringer bezeichnet -**

Praxen und Kurbetriebe nach § 124 SGB V sind zur Abgabe nachfolgender Leistungen berechtigt, sofern Sie die Voraussetzungen zu diesem Rahmenvertrag nachweislich erfüllen und den Beitritt zum abgeschlossenen Rahmenvertrag in der jeweils geltenden Fassung erklären.

Die unterzeichnende Einrichtung – Praxis – Kurbetrieb verpflichtet sich, den Vertrag und die vereinbarte Vergütungsregelung anzuerkennen und bestätigt die Abgabe folgender Leistungen:

a) kurortspezifische- und ortsgebundene Leistungen- nach Anlage 2a

- Nachweis als anerkannter Kurbetrieb / Praxis durch den Heilbäderverband Baden-Württemberg e.V. liegt bei.

b) individuelle Maßnahmen der Gesundheitsförderung – nach Anlage 2b–

- Nur durch das nachgewiesene Prüfsiegel als Zertifizierung für Präventionskurse durch die „zentrale Prüfstelle Prävention“ *

Von der Einrichtung werden folgende Seminare angeboten:

- Patienten-Gesprächsseminar
- Verhaltenstherapeutisches Ernährungsseminar
- Raucherentwöhnungsseminar
- Entspannungstechniken
- Bewegungstraining

* Das/Die Prüfsiegel der Kursleitung(en) /Anbieter(in) ist/sind beigefügt.

Anlage 1 zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

Name der
Einrichtung/Praxis/Kurbetrieb:

Inhaber/Betreiber:

Straße/Haus-Nr.:

PLZ/Ort:

IK-Nr.:

E-Mail-Adresse:

Telefon:

Fax:

Unterschrift der/des zugelassenen Einrichtung/**Praxis/Kurbetriebs** mit Ort/Datum

Anlage 2a Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

Zwischen

dem Heilbäderverband Baden-Württemberg e.V., Stuttgart

und

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

dem BKK Landesverband Süd, Regionaldirektion Baden-Württemberg, Kornwestheim,

der IKK classic, Dresden,

der KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München

wird folgende

Preisvereinbarung für kurortspezifische Heilmittel im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 2 SGB V

geschlossen:

§ 1

Die als Anlage beigefügte Preisliste gilt ab 1. August 2023 und löst die bestehende Preisvereinbarung vom 12. August 2021 ab. Für die Zeit vom 01.08.2022 bis 31.07.2023 gelten die Preise aus der vorherigen Preisvereinbarung vom 12.08.2021 weiter.

Für den Fall der Fusion der IKK classic mit weiteren gesetzlichen Krankenkassen gilt die Preisvereinbarung für und gegen die dann entstehende Neukasse.

§ 2

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

Heilmittelpos.-Nr.	Leistung	Preis in Euro
	Massagetherapie	
86012	Bürstenmassage	11,72
	Wärmetherapie / Kältetherapie	
81503	Warmpackungen mit natürlichen Peloiden	22,35
81504	Warmpackungen mit natürlichen Peloiden (Teilpackungen)	16,55
81505	Warmpackungen mit Natur-Moor-Fango (Doppelpackung)	26,21
81521	Heublumensack	7,94
81525	Kaltpackungen	13,78
86608	Große Wickel mit und ohne Zusatz (Kurz-, Unter- und Ganzwickel, Schal, Unter- und Oberaufschläger, Spanischer Mantel)	10,98
86609	Mittlere Wickel einzeln, mit und ohne Zusatz (Waden-, Bein-, Lenden- und Brustwickel oder Auflagen)	10,34
86610	Kleine Wickel einzeln	7,17
86624	Heublumensack Großanwendung	17,92
	Bewegungstherapie, Gruppenbehandlung	
86307	Gruppen-Bewegungsübungen im Thermalbewegungsbad bis 12 Personen	8,27
	Hydrotherapie	
81605	An- und absteigendes Teilbad	9,38
81606	An- und absteigendes Vollbad	13,23
81608	Dampfdusche	7,59
81611	Teilguss, Teilblitzguss	3,26
81612	Vollguss, Vollblitzguss	4,81
81613	Wechselteilguss	4,69
81614	Wechselvollguss	5,37
81616	Wassertreten	3,45
81618	Abreibung, Abklatschung	3,17
81624	Wechsel-Blitzgüsse	4,85

Anlage 2a zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V mit dem Heilbäderverband vom 10. Juli 2023, gültig ab 1. August 2023 in Baden-Württemberg

86703	Kneippsche Voll-,Dreiviertel- und Halbbäder mit Zusatz	15,86
86704	Arm- oder Fußbad im Wechsel	4,92
86705	Arm- oder Fußbad im Wechsel mit Zusatz	7,03
86706	Ansteigendes Sitz- oder Halbbad	8,55
86708	Sitzbad mit Zusatz	8,62
86716	Ansteigendes Arm- oder Fußbad mit Zusatz	7,59
86717	Arm- oder Fußbad kalt	5,27
86718	Arm- oder Fußbad warm	5,27
Medizinische Bäder		
86817	Vollbad einschließlich Ruhe ohne Zusatz	15,86
86818	Vollbad mit Zusatz und Ruhe mit ortsgebundenen Heilmitteln wie z.B. CO ₂ , CO ₂ -Gas, O ₂ , Sole, Schwefel, Mineralbäder etc.	17,25
86822	Halbbad bzw. Sitzbad ohne Zusatz	10,15
86823	Halbbad bzw. Sitzbad mit Zusatz von ortsgebundenen Heilmitteln wie z.B. CO ₂ , CO ₂ -Gas, O ₂ , Sole, Schwefel, Mineralbäder etc. Vorschlag	11,29
86860	Luftperlbad ohne Zusatz/Sprudelstrombad	14,50
86861	Luftperlbad mit Zusatz/Sprudelstrombad mit ortsgebundenen Heilmitteln wie z.B. CO ₂ , CO ₂ -Gas, O ₂ , Sole, Schwefel, Mineralbäder etc.	17,25
Inhalationstherapie		
87001	Nasen-, Rachen-, Munddusche mit Zusatz	8,00
87002	Nasen-, Rachen-, Munddusche mit Zusatz und Medikamentenzusatz	8,13
87005	Solerauminhalation ohne Medikament	6,34
87006	Sole-/Meerwasser-Einzelinhalation	7,03
87007	Solerauminhalation mit Zusatz	7,17
87008	Aerosol-Inhalation	8,42
87010	Apparate- oder Einzelinhalation mit Medikamenten und Extrakten	7,48
87013	Ultraschall-Rauminhalation	5,94
87016	Inhalation am Einzelapparat mit Vibration	6,75

Anlage 2a zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V mit dem Heilbäderverband vom 10. Juli 2023, gültig ab 1. August 2023 in Baden-Württemberg

87019	Sauerstoff-Medikament-Vernebler	7,59
87020	Behandlung mit Überdruckbeatmungsgerät (IPPB)	9,38
87025	Höhlentherapie	12,28
	Weitere Kurortspezifische Behandlungsformen	
87101	Photo-Therapie	15,86
87103	Sole-Photo-Therapie (kann aufgrund bestehender Preisvereinbarungen mit DRV nicht unterschrieben werden)	47,86

Verbindliche Hinweise

1. Es dürfen nur solche Leistungen erbracht und abgerechnet werden, die sich auf die Abgabe- und Abrechnungserlaubnis beziehen.
2. Bei der Abrechnung sind die Positionsnummern nach dem bundeseinheitlichen Heilmittelpositionenverzeichnis entsprechend der Verschlüsselung anzugeben.
3. Kurbetriebe, die nach dieser Preisvereinbarung abrechnen, müssen folgenden Leistungserbringergruppenschlüssel bei der Abrechnung angeben: **28 01 501**.
4. In den jeweiligen Vergütungssätzen sind alle Nebenleistungen wie Wäsche, Laken, Decken usw. enthalten. Zusätzliche Forderungen dürfen nicht erhoben werden.
5. Der Kurbetrieb hat die vom Versicherten gemäß § 32 Abs. 2 SGB V zu leistende Zuzahlung von 10 Euro für das Rezept und 10 Prozent einzuziehen und mit dem Vergütungsanspruch gegenüber den Krankenkassen und den Ersatzkassen zu verrechnen.
6. Zahlt der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Kurbetrieb nicht, hat die Krankenkassen und Ersatzkassen die Zuzahlung einzuziehen (§ 43c SGB V).

Anlage 2b zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

Vergütungsvereinbarung für individuelle Maßnahmen der Gesundheitsförderung

**unter dem Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS):
66 01 102**

1. Für die Behandlung von Anspruchsberechtigten der Krankenkassen und der Ersatzkassen im Rahmen genehmigter ambulanter Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V können für Verordnungen, bei denen die erste Behandlung **nach dem 31.07.2023** stattfindet, für die Durchführung individueller Maßnahmen der Gesundheitsförderung folgende Seminarkosten berechnet werden:

	Heilm. Pos. Nr.	Pro Abrechnungseinheit zu 15 Minuten
a) Patienten-Gesprächsseminar max. 2 Unterrichtseinheiten (=UE) (zu je 45 Min. à 12,93 Euro)	8101	4,31 EUR
b) Verhaltenstherapeutisches Ernährungsseminar max. 4 Unterrichtseinheiten (=UE) (zu je 60 Min. à 11,20 Euro)	8201	2,80 EUR
c) Raucherentwöhnungsseminar max. 8 UE (zu je 60 Min. à 10,45 Euro)	8301	2,61 EUR
d) Entspannungstechniken max. 9 UE (zu je 30 Min. à 10,45 Euro)	8401	5,23 EUR
e) Bewegungstraining max. 9 UE (zu je 60 Min. à 11,20 Euro)	8501	2,80 EUR

Die vereinbarten Seminarkosten beinhalten die jeweils geltende gesetzliche Mehrwertsteuer. Nicht korrekt gestellte Rechnungen sowie etwaige Nachberechnungen in Bezug auf die neuen Vergütungen können nicht berücksichtigt werden.

2. Für die Abrechnung von Leistungen dieser Anlage ist eine gesonderte Abgabe- und Abrechnungsbefugnis notwendig.
3. Diese Vergütungsvereinbarung gilt ab dem 01.08.2023 und kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendermonats, **frühestens zum 31.07.2024**, schriftlich gekündigt werden.
4. Die Kündigung dieser Vergütungsvereinbarung berührt nicht die weitere Gültigkeit des Rahmenvertrages.

Anlage 2a zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortsspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V mit dem Heilbäderverband vom 10. Juli 2023, gültig ab 1. August 2023 in Baden-Württemberg

§ 3


Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise (Bruttopreise). Die Zuzahlung gemäß § 32 Abs. 2 SGB V richtet sich nach den abrechenbaren Preisen. Eine Nachberechnung der vereinbarten Preise bereits abgerechneter Verordnungen ist grundsätzlich ausgeschlossen.

§ 4

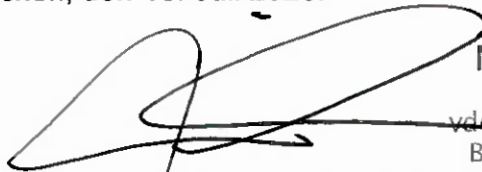
Die Preisvereinbarung kann mit einer Frist von 3 Monaten, frühestens jedoch zum 31. Juli 2024 gekündigt werden. Die Kündigung der Preisvereinbarung berührt nicht die Wirksamkeit des Rahmenvertrages. Bis zum Abschluss einer neuen Preisvereinbarung gelten die alten Preise weiter.

Stuttgart, Köln, Westheim, Dresden, München, den 10. Juli 2023.

HPV e.V.
Esslinger Str. 8
70182 STUTTGART
Tel. 0714/2184576
Fax 0714/2184578
info@heilbaeder-bw.de




Heilbäderverband e.V.




Michael Mruck
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Baden-Württemberg

vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg,
der Leiter der Landesvertretung Baden-
Württemberg



IKK classic, Dresden



BKK Landesverband Süd
- vertreten durch die IKK classic -



KNAPPSCHAFT,
Regionaldirektion München

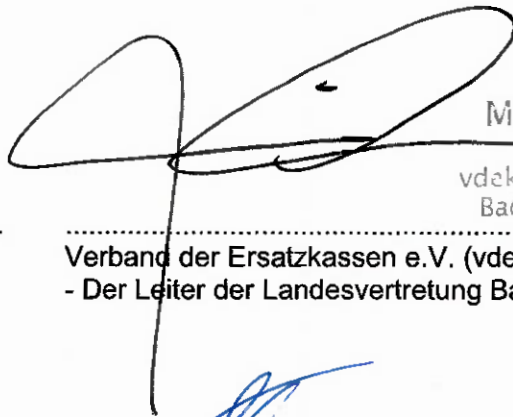
Anlage 2b zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

5. Im Falle der Kündigung dieser Vergütungsvereinbarung gelten die bisherigen Preise bis zum Zustandekommen einer Folgevereinbarung fort.
6. Nicht korrekt gestellte Rechnungen sowie etwaige Nachberechnungen in Bezug auf die neuen Vergütungen können nicht berücksichtigt werden.

Stuttgart, Kornwestheim, Dresden, München, den 10. Juli 2023

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

Heilbäderverband
Baden-Württemberg e.V.



Michael Mruck
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Baden-Württemberg

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



BKK LV Süd
- vertreten durch die IKK classic -



IKK classic



KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München

Anlage 3 zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023.

A. Vergütungsvereinbarung für Leistungen im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen

Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS)

Leistungserbringer gemäß § 124 Absatz 1 SGB V in einem anerkannten Kurort:

28 00 511 – Physiotherapie

Erste Stelle der Heilmittelpositionsnummer:

Leistungen im Rahmen genehmigter ambulanter Vorsorgeleistungen an anerkannten Kurorten
Vorsorgeleistungen: **8**

Bitte im maschinellen Datenaustausch gemäß § 302 SGB V angeben!!!

Diese Vergütungsvereinbarung entspricht der jeweils geltenden Vergütungsvereinbarung des Bundesrahmenvertrages nach § 125 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung.

Damit ist eine konkrete Auflistung nicht notwendig.

§ 1 Abrechnung

- (1) Die Abrechnung muss unter Beifügung der Genehmigungsunterlagen für alle im Vormonat abgeschlossenen Behandlungen erstellt und bei den von den Krankenkassen benannten Daten- und Papierannahmestellen eingereicht werden. Die in § 302 SGB V vorgesehenen Richtlinien sind in der jeweils geltenden Fassung anzuwenden. Die Abrechnung ist ausschließlich unter dem Namen des Leistungserbringers einzureichen. Bei der Abrechnung ist das für den Tag der Leistungserbringung maßgebliche Institutionskennzeichen zu verwenden, gegebenenfalls (bei Praxisverlegungen) sind für eine Verordnung zwei Abrechnungen zu erstellen. Die zweite Abrechnung erfolgt mittels Verordnungskopie. Die Unterschriften des Versicherten sind jeweils im Original erforderlich. Die Abrechnung erfolgt ggf. in zwei Sammelrechnungen je Bereich: Individuelle Maßnahmen -Anlage 2b- und kurortspezifische Leistungen -Anlage 2a- incl. Heilmittel -Anlage 3-.
- (2) Es ist Pflicht des Leistungserbringers, die Daten seines Institutionskennzeichens zu pflegen. Für jeden zugelassenen Leistungserbringer ist ein eigenes Institutionskennzeichen zu beantragen und für die Abrechnung zu verwenden.
- (3) Leistungen, für die auf dem Verordnungsblatt das Abgabedatum, die abgegebene Leistung und/oder die Unterschrift des Empfangsberechtigten fehlt, können bei der Krankenkasse erst eingereicht werden, wenn das Verordnungsblatt vollständig ausgefüllt ist. Evtl. fehlende Arzt-/Betriebsstättennummern in den Kopfdaten (Versichertenfeld) können aus dem Arztstempel übernommen werden.
- (4) Dem Leistungserbringer/der beauftragten Abrechnungsgesellschaft obliegt die Beweispflicht für die ordnungsgemäße Anlieferung des Datenträgers und der Verordnungen bei der Krankenkasse. Werden Nachberechnungen erstellt, sind der Nachberechnung Kopien der Erstrechnung und der Verordnung beizulegen. Nachberechnungen des Leistungserbringers sind nur bis zu 9 Monaten nach Rechnungseingang der Ursprungsrechnung möglich.
- (5) Maßgebend für die Berechnung des Zahlungsziels ist der Tag, an dem alle zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen (die Daten, Verordnungen und Genehmigungsunterlagen) bei der Krankenkasse vorliegen. Zusammengehörige Rechnungsunterlagen (wie Daten und zugehörige Verordnungen) müssen in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang angeliefert werden (in der Regel mit längstens zwei Wochen Abstand). Die Krankenkassen begleichen korrekte Rechnungslieferungen grundsätzlich bargeldlos innerhalb von 21 Kalendertagen nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen). 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 die Fälligkeit erst am nächstfolgenden Arbeitstag ein. Die Krankenkasse behält sich vor, nicht korrekt gestellte Rechnungen unbezahlt abzuweisen.
- (6) Forderungen aus Vertragsleistungen können von den Leistungserbringern nach Ablauf von 9 Kalendermonaten, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie abgeschlossen worden sind, nicht mehr erhoben werden.

Anlage 4 zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortsspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

Dies gilt auch für Forderungen von gesetzlichen Zuzahlungen nach § 43 c SGB V. Maßgeblich ist das Datum des Rechnungseingangs. Für verspätet eingehende Rechnungen besteht kein Vergütungsanspruch.

- (7) Alle Zahlungen erfolgen unter Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Beanstandungen müssen von den Krankenkassen gegenüber den rechnungsstellenden Stellen innerhalb der Frist nach 9 Monaten geltend gemacht werden. Für unerlaubte Handlungen (z.B. Abrechnung nicht erbrachter Leistungen) gilt abweichend die Frist nach § 45 SGB I. Rückforderungen können innerhalb der 9 Monatsfrist – auch ohne Einverständnis des Leistungserbringers – mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden. Beanstandungen müssen nachvollziehbar begründet werden. Dies gilt auch bei einer Abrechnung über eine leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle. Originalverordnungen verbleiben bei der Krankenkasse. Widerspricht der Leistungserbringer oder eine leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle einer Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von 9 Monaten nach Bekanntgabe der Beanstandung, so gilt diese als anerkannt.
- (8) Überträgt ein Leistungserbringer die Abrechnung einer leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle oder wechselt er diese, so hat der Leistungserbringer oder der von ihm beauftragte Dienstleister die Krankenkasse oder, sofern die Krankenkasse eine Abrechnungsstelle beauftragt hat, die krankenkassenseitige Abrechnungsstelle, unverzüglich schriftlich oder in Textform hierüber zu informieren. Der Krankenkasse oder der von ihr beauftragten krankenkassenseitigen Abrechnungsstelle ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle und das IK, unter dem die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle die Rechnungsstellung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht, mitzuteilen. Abrechnungsstellen gelten als Erfüllungsgehilfen ihrer Auftraggeber nach § 278 BGB. Der Leistungserbringer ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle verantwortlich.
- (9) Hat der Leistungserbringer der leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle für die Krankenkassen mit schuldbefreiender Wirkung. Ansprüche durch den Leistungserbringer nach § 288 BGB gegenüber der Krankenkasse sind in diesen Fällen ausgeschlossen. Forderungen der Krankenkasse gegen den Leistungserbringer können auch gegenüber der leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle aufgerechnet werden.
- (10) Die Abrechnung erfolgt unter Vorlage der Originalverordnung mit Empfangsbestätigung nach Abschluss der Behandlung. Es werden nur vom Arzt vollständig ausgefüllte Verordnungen angenommen bzw. abgerechnet. Bei fehlerhafter Abrechnung und daraus folgender Komplettabsetzung der Verordnung erfolgt die Rücksendung der beanstandeten Rechnungsunterlagen inkl. der dazugehörigen Originalverordnung durch die Krankenkasse. Die Krankenkasse behält sich vor, bei schwerwiegenden Fehlern diese Verordnungen einzubehalten.

§ 2 Datenträgeraustausch

- (1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V (im folgenden Richtlinien genannt) in der jeweils aktuellen Fassung. Abrechnungen, die dem nicht entsprechen, werden abgewiesen.
- (2) Die Leistungserbringer sind verpflichtet, ihre Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Werden die den Krankenkassen zu übermittelnden Daten nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, wird die Krankenkasse einen Verwaltungskostenabschlag von 5 % des Rechnungsbetrages durch eine pauschale Rechnungskürzung in Abzug bringen. Dieses Verfahren ist nur für Leistungserbringer zulässig, die weder ihre Abrechnung mit Mitteln der elektronischen Datenverarbeitung erstellen noch ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt haben. Abrechnungszentren rechnen ausschließlich gemäß Anlage 1 (Technische Anlage) der Richtlinien ab. Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Erfolgt eine nicht maschinell verwertbare Abrechnung, müssen alle lt. den Richtlinien nach § 302 SGB V erforderlichen Angaben auf der Rechnung enthalten sein. Die zur Abrechnung eingereichten Verordnungen sind vom Leistungserbringer in den Feldern oben rechts auf der Vorderseite der Verordnung vollständig auszufüllen.

Anlage 5 zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 S. 1 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

Freigabe 05.11.2014

Krankenkasse **SWK Krefeld**

Name: **Vollmann Gisa** Versicherungsnummer: **Q001 47**

PLZ: **47800**

Postfachnummer: **1111111111**

Telefonnummer: **0171 12345678**

Arzt Nr.: **12345678** Datum: **11.11.2014**

Verordnung des Kurarztes

Ambulante Vorsorgeleistung im anerkannten Kurort nach § 23 Abs. 2 SGB V

W über Leistungsleistungen

Flächen-Zigaretten: **1111111111** Gesamt-Abgabe: **11111111**

Rechnungs-Nummer: **11111111111111111111**

Bonus-Nummer: **1111111111**

Proz. Nr. Anzahl: **111111** **111111** **111111** **111111** **111111** **111111**

Proz. Nr. Anzahl: **111111** **111111** **111111** **111111** **111111** **111111**

Proz. Nr. Anzahl: **111111** **111111** **111111** **111111** **111111** **111111**

Diagnose/Vorsorgeziel

Ggf. Hinweise zur Therapie

Verordnungsnummer	Heilmittel	Anzahl pro Tag

Maßnahmen der Gesundheitsförderung

- Patienten-Gesprächsseminar
- Verhaltenstherapeutisches Ernährungsseminar
- Seminar Rauchentwöhnung
- Seminar Entspannungstechniken
- Seminar Bewegungstraining

Verbindliches Muster

Kurstatistik / Unterschrift des Kurarztes

(1/2015)

Anlage 5 zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 S. 1 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben.

Nr.	Datum	Maßnahme	Patienten-Unterschrift
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Behandlungsabbruch art:

Datum

Freigabe 05.11.2014

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Dieses Formular bitte nach Beendigung der Behandlung der jeweiligen Krankenkasse zusenden.

Anlage 6a – Leistungsbeschreibung zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortstypischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

Leistungsbeschreibung von kurortstypischen Heilmitteln

I. Massagetherapie

86012 Bürstenmassage

Ausrüstung

Kabine mit Massagebank und Sitzgelegenheit, Handwascheinrichtung

Personalleistung

Gegebenenfalls Hilfe beim An- und Auskleiden des Patienten und bei seiner Lagerung. Manuelle Massage nach Verordnung. Die Massagen sind individuell und nach Verträglichkeit auszuführen.

Personal

Masseur und medizinischer Bademeister/Masseurin und medizinische Bademeisterin, bei Spezialmassagen Masseur(in) mit besonderem Befähigungsnachweis.

Großmassage

(Behandlung mehrere Körperteile wie beide Beine, beide Arme, beide Hände, Bauch Brust und Rücken.)

Zeitaufwand

Massagezeit 20-25 Minuten

II. Wärmetherapie / Kältetherapie

Packungen

81503 Warmpackungen mit natürlichen Peloiden

81504 Warmpackungen mit natürlichen Peloiden (Teilpackungen)

81505 Warmpackungen mit Natur-Moor-Fango

81521 Heublumensack

81525 Kaltpackungen

86608 Große Wickel mit und ohne Zusatz

86609 Mittlere Wickel einzeln, mit und ohne Zusatz

86610 Kleine Wickel einzeln

86624 Heublumensack Großanwendung

Ausrüstung

Kabine mit Liege, Packungs- und Abdecktücher sowie Decken, Kessel und Rührwerk zur Erhitzung der Packungsmasse (möglichst thermostatisch gesteuert), Kühltisch zum Ausstreichen der Packungsmasse. Materialsilo, Entsorgungseinrichtungen. Die Packmasse darf bei naturbelassenen Peloiden, z.B. Naturfango, nur einmal verwendet werden.

Bestimmte Präparate dürfen, sofern ihre jedesmalige Desinfektion sichergestellt ist, das heißt mit einer gleichmäßigen Erhitzung des gesamten Packungsgutes auf 130°C während mindestens 30 Minuten, mehrfach benutzt werden.

Anlage 6a – Leistungsbeschreibung zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

Menge

Es werden Groß- und Teilpackungen unterschieden, je nach ärztlicher Verordnung. Die Menge des Materials richtet sich nach der Größe der Packung und nach Art des Packungsmediums.

Zeitaufwand

Packungsdauer	10-30 Minuten in der Regel 20 Minuten
Ruhezeit	mindestens 30 Minuten

Personalleistung

Vorbereitung der anlagefähigen Packung, gegebenenfalls Hilfe beim Einkleiden behinderter Patienten und bei seiner Lagerung, Anlegen der Packung, Einpacken, Überwachung der Liegezeit, Auspacken und Reinigung des Patienten.

Personal

Masseur und medizinischer Bademeister/Masseurin und medizinische Bademeisterin

II.1. Warmpackungen

Warmpackungen mit natürlichen Peloiden

Peloidpackungen

Das Material muss zur Packungskonsistenz in einem Mischungsverhältnis von Peloid / Wasser nach den Vorschriften der Peloidanalyse aufbereitet werden. Das Packungsmaterial ist unmittelbar mit einer Schichtdicke von 5 cm oder mehr auf die Haut aufzutragen. Innerhalb dieser Anwendungen ist bei Naturpeloiden die Verwendung von Folie zwischen Haut und Peloid nicht zulässig. Packungen mit natürlichen Kurmitteln werden in einzelnen Heilbädern auch in Form einer Kombinationsbehandlung mit anschließenden Mineralbädern abgegeben.

Warmpackungen mit Moor, Schlick, Schlamm und anderem

Besonderheit

Das packungskonsistente Material wird zum Teil durch Aufbereitung mit Heilwasser bereitet.

Menge

Großpackung	30 kg feucht
Teilpackung	15 kg feucht

packungskonsistentes Material (Mischungsverhältnis Peloid/Wasser nach den Vorschriften der Peloidanalyse)

Temperatur

42-50 °C

Ausstattung

Wäsche	vorgewärmt
Pack- und Baderaum	
Ruhekabinen	je nach Eigenart, Packungstechnik und Nachtruhe

Anlage 6a – Leistungsbeschreibung zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

Warmpackungen mit Heilerden-Fango

Menge

Großpackung

20 kg feucht

Teilpackung

10 kg feucht

packungskonsistentes Material (Mischungsverhältnis Peloid/Wasser nach den Vorschriften der Peloidanalyse)

Temperatur

45-50°C

Heusack oder Heublumenpackung

Größe je nach Körperregion und ärztlicher Verordnung.

Der Heusack ist im Dampf zu erhitzen. Er ist mit derselben Füllung von der Wiederverwendung ausgeschlossen.

Temperatur

38-40°C

Zeitaufwand

Liegezeit 45-75 Minuten, nach Abnahme des Heusackes 30-60 Minuten Bettruhe.

II. 2. Kaltpackungen

Kaltpackungen mit Peloiden wie Moor, Schlamm, Schlick und Heilerde

Menge

Je nach Verordnung

Zeitaufwand

Packungsdauer: je nach Verordnung und Notwendigkeit zwischen 10 und 30 Minuten

Personal

Masseur und medizinischer Bademeister/Masseurin und medizinische Bademeisterin, bei Kombination mit Übungsbehandlung Krankengymnast(in)

II. 3. Wickel

Art der Wickel

Lendenwickel, Kurzwickel, Ganzwickel, Nasse Hemden, Schal, Kleine Wickel, Wadenwickel, Einfacher Beinwickel, Fußwadenwickel, Handwickel, Brustwickel, Unterschied oder Dreiviertelpackung, Spanischer Mantel, Kreuzwickel, Halswickel, Verlängerter Beinwickel, Fußwickel, Armwickel, Kopfwickel.

Ausrüstung

- Ein grobes Leinentuch, das als nasses Tuch direkt auf die Haut gelegt wird.
- Ein luftdurchlässiges Leinen- oder Baumwolltuch als sogenanntes Zwischentuch (kein undurchlässiger Stoff wie z.B. Gummi oder Folie).
- Ein Woll- oder Flanelltuch als Abschlusstuch.

Anlage 6a – Leistungsbeschreibung zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

Zeitaufwand

Je nach ärztlicher Verordnung:

Warme Wickel: 30-60 Minuten

Heiße Wickel: 30-75 Minuten

Kalte Wickel: 20-30 Minuten

Wärme entziehende Wickel: Liegedauer, solange bis sie kalt sind

Wärmestauende oder wärmeerzeugende Wickel:

Liegedauer bis zur Erwärmung und besseren Durchblutung in dem gewickelten Abschnitt

Schweißtreibende Wickel:

Liegedauer bis zum starken Schweißausbruch

Art der Auflagen

Leibauflage, Oberaufschläger, Unteraufschläger, Unteraufschläger, Herzauflage. Auflegen eines mehrfach gefalteten, in kaltem oder warmem Wasser und dann ausgewrungenen Tuches auf die angegebene Körperpartie.

Ausrüstung

Nasses Tuch, trockenes Leinentuch, Wolltuch

Zeitaufwand

Je nach ärztlicher Verordnung

Besondere Auflagen

Quarkauflagen (Dauer der Anwendung: bis Trockenwerden des Quarks).

Bei Dampfkompresen zusätzlich zu den Auflagen üblichen 3 Tüchern noch ein weiteres Woll- oder Flanelltuch, mit dem das nasse, heiße Tuch eingeschlagen wird. Temperatur so hoch, wie sie vom Patienten gut vertragen wird, eventuell bei Erkalten Ersatzkompresen. 30-60 Minuten Bettruhe, keine Kaltanwendung.

III. Bewegungstherapie, Gruppenbehandlung

86307 Gruppen-Bewegungsübungen im Thermalbewegungsbad bis 12 Personen

Bewegungstherapie in Gruppen in Bewegungsbädern im Heilwasser

Bewegungsbäder sind größere Therapiebecken. Sie dienen der medizinischen indizierten Bewegungstherapie im Wasser im Bereich der Rehabilitation und Prävention.

Ausrüstung

Becken

Wasserfläche: pro Patient 4 m²

Wassertiefe: 80-135 cm

Einstieg: Treppe mit beidseitigem Geländer
(Abstand mind. 60 cm)

Wasserbeschaffenheit

Wasser aus einer Heilquelle in einem prädikatisierten Heilbad. Solche Wässer haben bei bestimmten Erkrankungen nach ärztlicher Beurteilung besondere Vorteile für die Durchführung der Bewegungstherapie im Therapiebecken. Die allgemeine Bewegungstherapie im Therapiebecken kann auch mit entsprechend erwärmtem Wasser durchgeführt werden, das keine Heilquellencharakteristik aufweist.

Anlage 6a – Leistungsbeschreibung zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

Wassertemperatur

27-36°C (bei Erkrankungen des Bewegungsapparates)

24-26°C (bei Kreislauferkrankungen)

Wasseruntersuchung

Chemische Analysen und hygienische Untersuchungen, Analysenrichtlinien der Begriffsbestimmungen für Kurorte, Erholungsorte und Heilbrunnen.

Wasseraufbereitung

Für Bau und Betrieb gelten die Vorschriften der Deutschen Gesellschaft für das Badewesen, Essen. Im Einzelnen DIN 19643.

Gruppengröße

bis 12 Personen, je nach Wasserfläche pro Person mindestens 4 qm.

Zeitaufwand

Behandlungszeit

10-15 Minuten

Ruhezeit

mindestens 20-30 Minuten

Personal

Krankengymnast(in), Masseur und medizinischer Bademeister/Masseurin und medizinische Bademeisterin.

IV. Hydrotherapie

81605 An- und absteigendes Teilbad

81606 An- und absteigendes Vollbad

81608 Dampfdusche

81611 Teilguss, Teilblitzguss

81612 Vollguss, Vollblitzguss

81613 Wechselteilguss

81614 Wechselvollguss

81616 Wassertreten

81618 Abreibung, Abklatschung

81624 Wechsel-Blitzgüsse

86703 Kneippsche Voll-, Dreiviertel- und Halbbäder mit Zusatz

86704 Arm- oder Fußbad im Wechsel

86705 Arm- oder Fußbad im Wechsel mit Zusatz

86706 Ansteigendes Sitz- oder Halbbad

86708 Sitzbad mit Zusatz

86716 Ansteigendes Arm- oder Fußbad mit Zusatz

86717 Arm- oder Fußbad kalt

86718 Arm- oder Fußbad warm

Personal

Bademeister(in) und Masseur(in), Kneippbademeister

Anlage 6a – Leistungsbeschreibung zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

IV.1. Waschungen

Abwaschung von Körperpartien durch ein mit kaltem Wasser und gegebenenfalls einen Zusatz (z.B. Salz oder Essig) getränktes Waschtuch, danach Abstreifen des groben Wassers.

Zeitaufwand

Ganzwaschungen	3-5 Minuten
Oberkörperwaschungen	2 Minuten
Unterkörperwaschungen	2 Minuten
Leibwaschungen	2 Minuten
Serienwaschungen	als wiederholte Teilwaschungen etwa 5–6-mal in Abständen von ca. 15-20 Minuten / Nachtruhe

IV.2. Güsse

kalte, heiße oder Wechselgüsse

Einwirken eines Wasserstrahls aus einem ca. 2 ½ m langen, ¾" Schlauch auf die zu behandelnden Körperpartien mit kaltem oder warmem Wasser oder in Form von Wechselgüssen.

Wassermenge

Kalte Güsse:	ca. 50 Liter
Wechselgüsse:	ca. 60 Liter warmes Wasser, 40 Liter kaltes Wasser

Zeitaufwand

Anwendung je nach ärztlicher Verordnung

Knieguss	ca. 40-50 Sekunden
Unterguss	ca. 40-50 Sekunden
Vollguss	ca. 40-50 Sekunden
Arm-guss	ca. 40-50 Sekunden
Oberguss	ca. 40-50 Sekunden
Schenkelguss	ca. 40-50 Sekunden
Rückenguss	ca. 40-50 Sekunden
Rückenguss	ca. 40-50 Sekunden
Brustguss	ca. 40-50 Sekunden
Verlängerter Armguss	ca. 40-50 Sekunden

IV.3. Teilgüsse

Kopfguss, Gesichtsguss, Augenguss, Ohrenguss

Zeitaufwand

Bei zweimaligem Wechsel ca. 3-6 Minuten

Besonderheiten

Blitzgussmassagebad nach einem warmen Kräuterbad, Blitzgüsse aus 2,5-3 Meter Entfernung und einem Druck von 1-3 atü mit kaltem, warmem oder wechsel-warmem Wasser, Art und Dauer je nach ärztlicher Verordnung. Blitzguss.

V. Medizinische Bäder

86817 Vollbad einschließlich Ruhe ohne Zusatz

86818 Vollbad mit Zusatz und Ruhe mit ortsgebundenen Heilmitteln

86822 Halbbad bzw. Sitzbad ohne Zusatz

86823 Halb bad bzw. Sitzbad mit Zusatz

86860 Luftperlbad ohne Zusatz/Sprudelstrombad

86861 Luftperlbad mit Zusatz/Sprudelstrombad mit ortsgebundenen Heilmitteln

Wannenbäder

Voraussetzungen für die Abgabe eines Wannenbades:

Füllmenge

Vollbad: Das Bademedium muss bis in die Schulter-Halsgegend reichen.

¾-Bad: Das Bademedium muss bis zur Herzgegend reichen.

½-Bad: Das Bademedium muss bis zum Nabel reichen.

Sitzbad: Das Bademedium muss den Beckenbereich bedecken.

Temperatur

32-38°C, falls ärztlicherseits nicht anders verordnet.

Zeitaufwand

Badezeit: 6-25 Minuten, falls ärztlicherseits nicht anders verordnet

Ruhezeit: 30 Minuten

Personal

Masseur und med. Bademeister / Masseurin und Bademeisterin

Wäscheausstattung

In der Badekabine: je nach Eigenart des Bades

In der Ruhekabine: je nach Eigenart des Bades

Zusatzgeräte

Notwendige Zusatzgeräte wie z.B. Fußstützen, Nackenrollen, Kühlrollen, Thermometer, Zusatzeinrichtungen für Behinderte.

V. 1. Medizinische Bäder mit Zusatz

▪ Mineral-, Thermal- und natürliche Kohlendioxyd Wasserbäder

Das Bademedium in dieser Gruppe besteht aus natürlichem Heilwasser. Natürliche Heilwässer stammen aus Quellen, die natürlich zutage treten oder künstlich erschlossen sind. Aufgrund ihrer chemischen Zusammensetzung, ihrer physikalischen Eigenschaften und nach der balneologischen Erfahrung sind sie geeignet, Heilzwecken zu dienen.

Die chemische Zusammensetzung und die physikalischen Eigenschaften sind durch Heilwasseranalysen nachgewiesen und durch Kontrollanalysen zu überprüfen. Alle Mindestwerte (siehe unten) müssen auch am Ort der Anwendung in der Wanne erreicht beziehungsweise überschritten werden (siehe „Begriffsbestimmungen für Kurorte, Erholungsorte und Heilbrunnen“ vom 30. Juni 1979 Ziffer 2).

Anlage 6a – Leistungsbeschreibung zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

▪ **Mineralbäder**

Mineralwässer weisen einen Mindestgehalt an gelösten festen Mineralstoffen von 1g/kg auf. Zur chemischen Charakterisierung werden alle Ionen herangezogen, die sich mit wenigstens 20mval-% in der Gesamtkonzentration beteiligen. In der Bezeichnung werden erst die Kationen und dann die Anionen in absteigender Größenordnung nach ihren mval-%-Werten aufgeführt, wenn die Wässer mehrere Kationen oder Anionen enthalten. Die mval-%-Angaben beziehen sich auf die Summe der Kationen = 100% und die Summe der Anionen = 100 %.

Wässer, die nach besonders wirksamen Bestandteilen benannt sind, müssen den Gehalt von mindestens folgenden Werten erreichen:

- „Solen“ sind Wässer, die 1kg über 5,5 g Natrium und 8,5g Chlorid-Ionen (entsprechend 240 mval pro kg Natrium beziehungsweise Chlorid-Ionen) enthalten.
- Jodhaltige Wässer 1mg/kg Jodid
- Schwefelhaltige Wässer 1mg/kg Sulfidschwefel (S)
- Eisenhaltige Wässer 20mg/kg Eisen
- Fluoridhaltige Wässer 1 mg/kg Fluorid

▪ **Kohlendioxid-Wasserbäder**

Kohlensäure-Wässer oder Säuerlinge haben einen Mindestgehalt 1000 mg freies Kohlendioxid gelöst in 1 kg Wasser.

▪ **Kohlendioxid-Wasserbad (Zusatzbad)**

Besonderheit

Bereitet mit einem Präparat, welches durch chemische Umsetzung im Badewasser bei 35°C mindestens 120 l Kohlendioxid freisetzt.

Bereitet durch Imprägnier-Apparat: Um die erforderliche Konzentration an freiem Kohlendioxid im Badewasser zu erreichen, muß ein Imprägnierapparat verwendet werden, der bei einer Wassertemperatur von 16-20°C eine CO₂-Anreicherung auf mindestens 1.150 mg freies CO₂ pro kg Wasser ermöglicht. Dieses CO₂-haltige Wasser wird mit dem Warmwasser in der Wanne bis zum Erreichen der Badetemperatur zugesetzt. Das Warmwasser vermindert die Gesamtkonzentration an CO₂ im Badewasser. Dadurch kann der für den therapeutischen Effekt erforderliche Mindestgehalt von wenigstens 1,0 g/l unterschritten werden, der laut Ziffer 2005 der „Begriffsbestimmungen für Kurorte, Erholungsorte und Heilbrunnen“ (vom 30. Juni 1979) für natürliche Kohlensäurewässer vorgeschrieben ist.

Es ist unzulässig, Kohlendioxid in einem medizinischen Bad durch einen Verteilerrost zu leiten, da die für den therapeutischen Effekt notwendige Bindung an das Wasser unzureichend ist.

Ständige Überwachung des Patienten ist unbedingt erforderlich

▪ **Sauerstoffzusatzbad**

Besonderheit

Bereitet aus einem Präparat, das durch chemische Umsetzung im Badewasser bei 36-37°C mindestens 12 l Sauerstoffgas entwickelt.

Bereitet durch Sauerstoff aus einer Stahlflasche

Das Präparat soll sich im Badewasser in Form von winzigen Bläschen verteilen.

Anlage 6a – Leistungsbeschreibung zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

V. 2. Wasserbäder mit Luftdurchströmung

Luftperlbad

Besonderheit

Über einen Verteilerrost wird Preßluft aus einer Stahlflasche oder atmosphärische Luft mit Hilfe eines Kompressors für die Dauer des Bades in das Badewasser eingeleitet (Minstdurchsatz: 10 l/min.)

Luftsprudelbad

Besonderheit

Über einen Verteilerrost wird vorgewärmte atmosphärische Luft mit Hilfe eines Hochleistungsgebläses für die Dauer eines Bades in des Badewasser eingeleitet. (Minstdurchsatz: 100 l / min.)

VI. Inhalationstherapie

87001 Nasen-, Rachen-, Munddusche mit Zusatz

87002 Nasen-, Rachen-, Munddusche mit Zusatz und Medikamentenzusatz

87005 Solerauminhalation ohne Medikament

87006 Sole-/Meerwasser-Einzelinhalation

87007 Solerauminhalation mit Zusatz

87008 Aerosol-Inhalation

87010 Apparat- oder Einzelinhalation mit Medikamenten und Extrakten

87013 Ultraschall-Rauminhalation

87016 Inhalation am Einzelapparat mit Vibration

87019 Sauerstoff-Medikament-Vernebler

87020 Behandlung mit Überdruckbeatmungsgerät (IPPB)

Ausrüstung

Gemeinschaftsraum und Einzelkabinen für Rauminhalationen, Inhalationsplätze für Einzelapparateinhalationen.

Apparate zur Sole- und Medikamentenvernebelung (Düsenvernebler, Ultraschallvernebler), Mundstücke, Masken, Inhalationshauben, Desinfektionseinrichtungen

Material

Mineralwässer (Solen) (Menge je nach Anwendung und technischer Apparatur), Meerwasser, verschiedene Medikamentenzusätze.

Zeitaufwand

5-30 Minuten

Personalleistung

Vorbereitung der Inhalation nach Verordnung, Inbetriebnahme der Apparatur, Anleitung und Überwachung des Patienten. Reinigung und Desinfektion des Gerätes.

Personal

Masseur und medizinischer Bademeister/Masseurin und medizinische Bademeisterin

Nachruhe

Anlage 6a – Leistungsbeschreibung zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

VI. 1. Aerosol-Inhalationen mit

mit Mineralwasser
mit Mineralwasser und Medikamentenzusätzen
verschiedenen Medikamenten

VI. 2. Aerosol-Inhalationen mit Sauerstoff

Dem Wesen der physikalischen Heilbehandlung entspricht es, dass allen Bäder-, Wärme- und gegebenenfalls Massage-Anwendungen eine Nachtruhe anzuschließen ist, um im Organismus in Gang gesetzte Reaktionen abklingen zu lassen.

Ausrüstung

Mit geeigneten Liegen, Tüchern und Decken versehene Ruhekabine oder Ruheräume

Personalleistung

Betreuung und Aufsicht

Die Dauer der Nachtruhe unmittelbar nach der Anwendung beträgt, auch wenn sie nicht ausdrücklich verordnet ist, mindestens 30 Minuten. Bei notwendiger längerer Nachtruhe kann das Bett in der Unterkunft aufgesucht werden.

VII. Weitere Kurortspezifische Behandlungsformen

VII. 1. Phototherapie (UV-Licht)

87101 Photo-Therapie

Form

Einzel-Therapie

Dauer/Frequenz

Individuell und gerätebezogene Dauer / 3-6x pro Woche (UVB) bzw. 4x / Woche (PUVA)

Inhalt

- Balneo-Photo-Therapie (mit Sole in Konzentration 3 %-27 %)
- lokale Photochemotherapie (Creme- oder Bade-PUVA)
- UVB 311nm-Mono-Ganzkörper-Bestrahlung
- UVB-311nm-Lichtkamm-Bestrahlung
- UVB-311nm-Nagelbestrahlung

Anlage 6a – Leistungsbeschreibung zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

Indikation

- Psoriasis
- Parapsoriasis en plaques
- Atopische Dermatitis
- Pruriginöse Ekzeme
- Prurigo simplex subacuta
- Mycosis fungoides (Erythem- und Plaquestadium)
- Vitiligo
- Pityriasis lichenoides chronica

Kontraindikation

- bösartige Hauttumore in der Vorgeschichte
- Lichttyp I
- bekannte Unverträglichkeit von UV-Licht
- Einnahme lichtsensibilisierender Arzneimittel
-

I.

VII. 2. Balneo-Photo-Therapie (Sole-Photo-Therapie)

87103 Sole-Photo-Therapie

Besonderheit

Ganzkörper- oder Teilkörper-Bad von etwa 10 min. in wohltemperierter Voll-Sole und individueller Konzentration von ca. 3 % („Meerwasser“-Konzentration) bis max. 27 % (Stark-Sole, dem Toten Meer nachempfunden). Eine Anpassung der Konzentration erfolgt individuell über Zulauf von Leitungswasser (Messinstrument vorhanden).

Mit noch nasser und mit Sole-Kristallen benetzter Haut erfolgt dann im unmittelbaren Anschluss die UVB311nm-Bestrahlung im Stehgerät oder auf der Bestrahlungsliege.

Quelle: Leistungsbeschreibung für physikalische Therapie in Heilbädern und Kurorten vom 24. Oktober 1980 (Deutscher Bäderverband e.V., Bonn)

Anlage 6b zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

AOK-BUNDESVERBAND, BONN-BAD GODESBERG

BKK- BUNDESVERBAND, ESSEN

BUNDESVERBAND DER INNUNGSKRANKENKASSEN, BERGISCH GLADBACH

SEE-KRANKENKASSE; HAMBURG

BUNDESVERBAND DER LANDWIRTSCHAFTLICHEN Krankenkassen, KASSEL

BUNDESKNAPPSCHAFT, BOCHUM

VERBAND DER ANGESTELLTEN KRANKENKASSEN, E.V., SIEGBURG

AEV – ARBEITER-ERSATZKASSEN-VERBAND E.V., SIEGBURG

DEUTSCHER BÄDERVERBAND E.V., BONN 1

Gemeinsame Leistungsbeschreibungen für individuelle Maßnahmen der Gesundheitsförderung in ambulanten Vorsorge- und Rehabilitationskuren

1. Allgemeines

Allgemeine und individuelle Maßnahmen der Gesundheitsförderung sind wichtige und integrale Bestandteile ambulanter Vorsorge- und Rehabilitationskuren. Sie sollen die medizinische Kurbehandlung unterstützen und zur langfristigen Sicherung der Kurerfolge die Kurunternehmen zu einer gesundheitsgerechten Lebensführung motivieren und befähigen.

Die anerkannten Heilbäder und Kurorte müssen daher sicherstellen, dass Angebote zur allgemeinen Aufklärung über Gesundheitsgefährdungen vorgehalten und indikationsspezifische individuelle Angebote der Gesundheitsförderung auf- und ausgebaut werden. Dies setzt voraus, dass auch die Kurorte allgemeine Angebote zur Aufklärung über Gesundheitsgefährdungen vorhalten.

Die nachstehenden Leistungsbeschreibungen stellen eine Rahmenvorgabe für vertragliche Regelungen mit geeigneten Leistungsanbietern zur Durchführung individueller Maßnahmen der Gesundheitsförderung auf der Grundlage der §§ 23 Abs. 2 und 40 Abs. 1 SGB V dar. Sie basieren auf dem Punkt 3.3.2 der Gemeinsamen Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Deutschen Bäderverbandes für ambulante Vorsorge- und Rehabilitationskuren vom 11.09.89.

2. Motivation des Patienten

Die bedarfsgerechte Nutzung allgemeiner und individueller Maßnahmen der Gesundheitsförderung kann nur dann sichergestellt werden, wenn der Patient durch seinen behandelnden Arzt am Wohnort, seinen Kurarzt (früher Badearzt) und insbesondere seine Krankenkasse entsprechend vorbereitet und motiviert wird. Dies schließt die Motivation ein, nach Beendigung einer Kur die Maßnahmen der Gesundheitsförderung – soweit erforderlich – am Wohnort fortzusetzen. Im Rahmen der Kur sollte Kursteilnehmern die Möglichkeit eröffnet werden, vorhandene Räumlichkeiten kostenfrei für informelle Gruppentreffen ohne Anleitung zwischen den Kursen zu nutzen.

Anlage 6b zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

3. Aufgaben des Kurarztes

Die erforderlichen Maßnahmen der Gesundheitsförderung sind Bestandteil des Kurplanes. Der Kurarzt weist den Patienten auf vorhandene Angebote der allgemeinen Gesundheitsförderung hin. Die individuellen Maßnahmen im Einzelnen werden vom Kurarzt verordnet. Die erfolgreiche Teilnahme des Patienten setzt die Motivation und aktive Mitwirkung voraus. Der Kurarzt hat deshalb den Patienten nachdrücklich zu ermutigen.

4. Inhalt individueller Maßnahmen

Die Kurorte legen unter Mitwirkung der Kurärzte und der Krankenkassen die individuellen Angebote der Gesundheitsförderung bezogen auf die Indikationsgruppen fest. In Abschnitt 7. werden die Inhalte dieser Maßnahmen beschrieben. Es handelt sich hierbei um Hauptanwendungsbereiche unter Berücksichtigung der wichtigsten Krankheitsbilder. Für weitere geeignete Angebote können entsprechende Leistungsbeschreibungen entwickelt werden. Entsprechend dem Bedarf sind Kombinationen der unterschiedlichen Angebote möglich.

Die weitere Ausgestaltung individueller Maßnahmen muss unter Berücksichtigung der Indikationsbereiche, des Bedarfs und der Angebotsstrukturen erfolgen. Eine weitergehende Konkretisierung erscheint im Hinblick auf unterschiedliche Verfahren und Inhalte von Kursen weder sinnvoll noch zweckmäßig.

5. Qualitätssicherung

Die Leistungsanbieter für individuelle Gesundheitsförderungsmaßnahmen müssen bereit sein, die Eignung und Wirkung der Kursprogramme und die Qualifikation der Kursleiter nachzuweisen und eine regelmäßige Wirksamkeitskontrolle durchzuführen. Dazu gehört auch die Bereitschaft zur Teilnahme an Effektivitätskontrollen.

6. Vertragliche Vereinbarungen

Die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen schließen mit Wirkung für die Mitgliedskassen unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeitskriterien mit qualifizierten Leistungsanbietern, die die Voraussetzungen nach diesen Rahmenempfehlungen erfüllen, Verträge über die Höhe der Vergütungen.

7. Beispiele für Leistungsbeschreibungen individueller gesundheitsfördernder Angebote der Heilbäder und Kurorte:

Fünf Beispiele für individuelle gesundheitsfördernde Angebote in Heilbädern und Kurorten:

- Patienten-Gesprächs-Seminar
- Verhaltenstherapeutisches Ernährungsseminar sowie Ernährungsberatung mit praktischen Übungen
- Tabakentwöhnung
- Entspannungstechniken
- Bewegungstraining

sind im Folgenden beschrieben.

7.1 Patienten-Gesprächs-Seminar - 8101

Anlage 6b zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

Thema:	Krankheitsbewältigung und Gesundheitsvorsorge:
Inhalt:	In Form eines Gesprächsseminares wird über das heutige Verständnis von Gesundheit informiert. Die Patienten werden motiviert, ihre Gesundheit dauerhaft selbst aktiv zu planen. Sie lernen verstehen, dass sie für ihre Gesundheit verantwortlich sind und sie diese selbst gestalten können. Bewegung, Entspannung und Ernährung werden in ihrer Wechselwirkung thematisiert.
Gruppengröße:	bis max. 20 Personen.
Häufigkeit:	bis zu 2 Sitzungseinheiten.
Zielgruppe:	Patienten im Rahmen ambulanter Vorsorgeleistungen
Raum/Ausstattung:	Seminarraum (techn. Ausstattung) und Küche mit mehreren Kochgruppen.
Zeitaufwand:	45 Minuten je Sitzungseinheit. Die Sitzungen sollten bevorzugt in Blockform durchgeführt werden.
Personal:	Ausgewiesene Fachleute aus des Bereichen Ernährungswissenschaft (Diätassistenten/innen/ ernährungsmedizinische Berater/innen/, Ökotrophologen/innen/), Medizin, Psychologie, Pädagogik.

Anlage 6b zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

7.2 Verhaltenstherapeutisches Ernährungsseminar sowie Ernährungsberatung mit praktischen Übungen - 8201

Thema:	Grundlagen gesunder Ernährung, verhaltenstherapeutische Information, Ernährungsberatung mit praktischen Übungen.
Inhalt:	
a) Grundseminar	Informationen über das Bedingungsgefüge von Fehlernährung, Überernährung usw., Information und Motivation zur Verhaltensänderung, verhaltensorientierte Grundlagen.
Gruppengröße:	Bis 15 Personen.
Häufigkeit:	2 – 4 Sitzungseinheiten.
b) Vertiefungsseminar	Verhaltensorientierte Trainingsprogramme, besonders für Übergewichtige. Bestimmte Diäten, z.B. Diabetes-Diät, Abnahmediät, Diät bei Stoffwechselstörungen, bei Hochdruck, kochsalzarme Kost usw. mit praktischen Übungen zu diätetischer oder auch zu allgemeiner ausgewogener Ernährung.
Gruppengröße:	Bis 15 Personen.
Häufigkeit:	2 – 6 Sitzungseinheiten.
Die Maßnahmen a) und b) können auch kombiniert werden.	
Zielgruppe:	Patienten mit Übergewicht, Hochdruck, Stoffwechsel- und gastrologischen Erkrankungen sowie anderen Erkrankungen, die durch die Diät günstig beeinflusst werden können.
Raum/Ausstattung:	Seminarraum (techn. Ausstattung) und Küche mit mehreren Kochgruppen.
Zeitaufwand:	60 Minuten je Sitzungseinheit. Die Sitzungen sollten bevorzugt in Blockform durchgeführt werden.
Personal:	Ausgewiesene Fachleute aus des Bereichen Ernährungswissenschaft (Diätassistenten/innen/ ernährungsmedizinische Berater/innen/, Ökotrophologen/innen/), Medizin, Psychologie, Pädagogik.

7.3 Raucherentwöhnung - 8301

Thema:	Motivation und Anleitung zur Raucherentwöhnung.
Inhalt:	Information über Raucherrisiken, Stabilisierung der Motivation zur Raucherentwöhnung. Entspannungstraining. Erarbeitung alternativer Methoden der Bedürfnisbefriedigung in anderen Lebensbereichen (Erweiterung des Freiheitsspielraumes, Steigerung der Fähigkeit zur Selbststeuerung).
Methode:	Raucherentwöhnung wird sowohl als Sofort-Aufhör-Programm als auch nach der Methode des schrittweisen Aufhörens und kontinuierlicher Reduktion der Nikotinmenge durchgeführt. Es sollte eine nachweislich erfolgreiche Methode zugrunde gelegt werden, die auf die Kurdauer und die Kurpatienten abgestimmt ist.
Zielgruppe:	Raucher
Gruppengröße:	10-15 Personen.
Raum/Ausstattung:	Seminarraum.
Zeitaufwand:	60 Minuten je Sitzungseinheit, die Einheiten können kombiniert werden.
Häufigkeit:	Variierend 6 – 8 Sitzungseinheiten je nach Methode.
Personal:	In der Durchführung von Gruppenkursen zur Raucherentwöhnung ausgewiesene Fachleute aus den Bereichen Gesundheitserziehung, Medizin, Psychologie.

7.4 Entspannungstechniken - 8401

Thema:	Anwendungsmöglichkeiten und Wirkungsweisen von Entspannungsmethoden.
Inhalt:	Information über Entspannung als Grundbaustein von Gesundheit und damit als Voraussetzung zur konstruktiven Lösung von Alltagsproblemen. Erlernen einer der verschiedenen Entspannungsmethoden (z.B. Autogenes Training, progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen,). Stabilisierung psychovegetativer Körperfunktionen. Förderung positiver Selbstwahrnehmung.
Zielgruppe:	Patienten mit eingeschränkter Ruhefähigkeit, Schlafstörungen, eingeschränkter Stresstoleranz und mangelndem Körperbewusstsein und eingeschränkter Selbstwahrnehmung.
Gruppengröße:	Max. 15 Personen.
Raum/Ausstattung:	Geräuschgeschützter Raum mit entsprechender Innenausstattung.

Anlage 6b zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7 S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023 – gültig ab 01.08.2023

Zeitaufwand: 30 Minuten je Sitzungseinheit, Blockbildung der Sitzungen zur Einführung möglich.

Häufigkeit: 8 – 10 Sitzungseinheiten.

Personal: Ausgewiesene, fortgebildete Fachleute; bei Autogenem Training Arzt (Ärztin) oder Psychologe/-in/ mit klinischer Erfahrung,

7.5 Bewegungstraining – 8501

Thema: Motivation und Anbietung zur Bewegung

Inhalt: Informationen über die Zusammenhänge „Bewegungsmangel und Krankheiten“ und „Gesundheitsförderung durch Bewegung“.

Motivation zur Verhaltensänderung.

Praktische Übungen (insbesondere Wirbelsäulengymnastik und Rückenschule)

Zielgruppe: Patienten mit Verspannungen und Schmerzen im Schulter-, Nacken- und Rückenbereich (einschl. Schlafstörungen, Kopfschmerzen und anderen Folgen von Bewegungsmangel und Fehlhaltung/Fehlbeanspruchung).

Gruppengröße Max. 15 Personen.

Raum/Ausstattung: Gymnastikraum / Turnhalle

Zeitaufwand: Ca. 60 Minuten je Sitzungseinheit.

Häufigkeit: Je nach Indikation 1 und 2 Sitzungseinheiten je Woche oder mehr.

Personal: Bewegungstherapeut/in, Krankengymnast/in

Vereinbarung nach § 137d Abs. 3 SGB V zu den grundsätzlichen Anforderungen an ein (einrichtungs-) internes Qualitätsmanagement für die Erbringung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V

zwischen

dem GKV-Spitzenverband

und

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

und

dem Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e. V.

dem Deutschen Heilbäderverband e. V.

dem Deutschen Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten / Krankengymnasten e.V.

dem Kneipp-Bund e.V.

dem Verband Deutscher Badeärzte e. V.

dem Verband Deutscher Kurörtlicher Betriebe e. V.

dem Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe e. V.

- im Weiteren Vereinbarungspartner genannt –

Mit den in diesem Dokument verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, gleichwertig beide Geschlechter gemeint.

Präambel

Von den Vereinbarungspartnern sind nach § 137d Abs. 3 SGB V die grundsätzlichen Anforderungen an ein (einrichtungs-) internes Qualitätsmanagement nach § 135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V zu vereinbaren. Die Vorgaben sind für Einrichtungen / (selbständige) Leistungserbringer, die ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort nach § 23 Abs. 2 SGB V erbringen, verbindlich. Für nach §§ 9 und 10 an den Kurarztverträgen teilnehmende Vertragsärzte gilt diese Vereinbarung nicht. Die Umsetzung von Qualitätsmanagementmaßnahmen ist in der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung in der jeweils geltenden Fassung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V geregelt. Aufgrund der individuellen Ausgangsbedingungen der einzelnen Einrichtungen / (selbständigen) Leistungserbringer und der kurortspezifischen Ausgestaltung des Versorgungsangebotes definiert die Vereinbarung nur grundsätzliche Anforderungen an ein (einrichtungs-) internes Qualitätsmanagement.

Die grundsätzlichen Anforderungen an ein (einrichtungs-) internes Qualitätsmanagement haben insbesondere zum Ziel, die Ergebnisqualität und damit die Versorgung der Patienten zu verbessern. Insofern sind Leistungsinhalte und Leistungserbringung immer im Kontext zur Gesamtbehandlung der Patienten zu sehen.

Anlage 7 zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7. S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023, gültig ab 1. August 2023

§ 1 Grundsätze

(1) Ambulante Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V sollen dazu beitragen, eine Schwächung der Gesundheit zu beseitigen, Krankheiten zu verhüten, deren Verschlimmerung oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(2) Die ambulanten Vorsorgeleistungen müssen bedarfsgerecht, zweckmäßig und wirtschaftlich erbracht werden. Sie müssen aus medizinischen Gründen für die Versorgung des Versicherten notwendig sein. Die Abgabe dieser Vorsorgeleistungen erfolgt auf der Basis eines von einem verantwortlichen Kurarzt ausgestellten individuellen Vorsorgeplanes.

(3) Für die Leistungserbringung gelten die jeweiligen Zulassungsbedingungen. Soweit im Rahmen der ambulanten Vorsorgeleistungen Heilmittel verordnet werden, die in den Heilmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses genannt sind, sind die dort vorgegebenen Qualitätsanforderungen zu berücksichtigen. Sonstige gesetzliche Vorschriften und die Regelungen im Kurarztvertrag sind einzuhalten.

§ 2 Ziel und Inhalt des (einrichtungs-) internen Qualitätsmanagements

(1) Qualitätsmanagement ist ein Instrument der Organisationsentwicklung und kommt in erster Linie dem Patienten zu Gute. Es dient letztlich der Gesamtorganisation des betrieblichen Geschehens und ist insofern Bestandteil der Leistungserbringung als Ganzes. Qualitätsmanagement ist in seiner Gesamtheit eine Aufgabe der Einrichtung / des (selbständigen) Leistungserbringers und ein Ausdruck von Verantwortung für den Patienten im Sinne einer Kooperation aller an der Versorgung Beteiligten.

(2) Zum internen Qualitätsmanagement zählt insbesondere:

- o Verbindliches Einrichtungskonzept und Leitbild
- o ICF-basierte Behandlungskonzepte
- o Verantwortlichkeiten für das interne Qualitätsmanagement
- o Mitarbeiterbeteiligung aller Ebenen und Bereiche
- o Kontinuierliche Dokumentation, Überwachung und Steuerung von Vorsorge-Prozessen
- o Regelmäßige Einbeziehung der Erwartungen und Bewertungen der Patienten sowie der am Behandlungsablauf Beteiligten
- o Beschwerdemanagement
- o Fehlermanagement
- o Interne Ergebnismessung und –analyse
- o Regelmäßige Selbstüberprüfung aller wesentlichen Prozesse

(3) Die wesentlichen Inhalte eines internen Qualitätsmanagements sind in der als Anlage 1 beigefügten Übersicht enthalten. Diese Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Ausschließlichkeit.

(4) Ziel des Qualitätsmanagements ist die patientenorientierte Prozess- und Ergebnisoptimierung. Das Ziel kann nur erreicht werden, wenn es durch alle Beteiligten mit Leben gefüllt und sowohl im Außenverhältnis in der täglichen Arbeit mit Patienten und Angehörigen als auch im Innenverhältnis für die Beteiligten untereinander spürbar wird.

Anlage 7 zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7. S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023, gültig ab 1. August 2023

§ 3 Grundsätzliche Anforderungen

(1) Alle an der Versorgung Beteiligten haben sich im Bewusstsein ihrer Verantwortung für die Beachtung und Realisierung der Regelungen zum Qualitätsmanagement einzusetzen und sich – soweit erforderlich – miteinander abzustimmen.

(2) In Einrichtungen sind die Mitarbeiter zielgerichtet über Qualitätsmanagement zu informieren mit dem Ziel, ihre Aufgaben fachgerecht wahrzunehmen und ein verstärktes Qualitätsbewusstsein entwickeln zu können. Notwendige Fortbildungen sollten mit Unterstützung der Leitung durchgeführt werden.

(3) Maßnahmen des Qualitätsmanagements müssen, wie alle anderen Leistungen auch, der Forderung nach Effektivität und Wirtschaftlichkeit genügen. Die Erarbeitung von Maßnahmen zum internen Qualitätsmanagement erfordert eine kritische Überprüfung und Beurteilung der alltäglichen Arbeitsabläufe und ist Voraussetzung für die funktionelle Ausgestaltung.

(4) Ausgehend von den heterogenen Strukturen und den kurortspezifischen Besonderheiten ist ein Optimum an Qualitätsmanagement zu realisieren, das einrichtungsintern und organisatorisch handhabbar sein muss.

§ 4 Nachweis eines (einrichtungs-) internen Qualitätsmanagements

(1) Die Einrichtungen / (selbständigen) Leistungserbringer sind verpflichtet, die Einführung und Implementierung eines systematischen (einrichtungs-) internen Qualitätsmanagements nachzuweisen. Als Nachweis führen die Einrichtungen / (selbständigen) Leistungserbringer alle drei Jahre eine Selbstbewertung bezüglich der grundsätzlichen Anforderungen an ein (einrichtungs-) internes Qualitätsmanagement für die Erbringung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V nach Anlage 1 durch, die schriftlich zu dokumentieren ist. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können die schriftliche Selbstbewertung einer Überprüfung unterziehen.

(2) Die Vereinbarungspartner erstellen Vorgaben zur schriftlichen Dokumentation des Selbstbewertungsberichts nach Abs. 1 (Anlage 3).

(3) Sofern eine Einrichtung / (selbständiger) Leistungserbringer ein Qualitätsmanagement-Verfahren eingeführt hat, welches die Anforderungen nach Anlage 2 erfüllt, ersetzt dies die Verpflichtung zur schriftlichen Selbstbewertung nach Absatz 1.

(4) Der Nachweis nach Abs. 1 oder Abs. 3 ist erstmalig zwei Jahre nach Inkrafttreten der Vereinbarung vorzulegen.

(5) Jede Einrichtung / jeder (selbständige) Leistungserbringer kann den Nachweis nach Abs. 1 oder Abs. 3 öffentlich zugänglich machen.

§ 5 Sonstige Anforderungen

(1) Jeder Mitarbeiter einer Einrichtung und jeder (selbständige) Leistungserbringer muss die für seine Berufsgruppe vorgeschriebenen Qualifikationsanforderungen erfüllen, um Leistungen am Patienten erbringen zu können. Insbesondere ist die Fortbildungsverpflichtung im Heilmittelbereich gemäß den Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V einzuhalten.

(2) Die Leistungserbringung durch Einrichtungen oder (selbständige) Leistungserbringer ist in geeigneter Weise nachvollziehbar zu dokumentieren. Das Zusammenwirken der an der

Anlage 7 zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7. S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023, gültig ab 1. August 2023

Behandlung Beteiligten soll möglichst vom primären Behandler koordiniert werden. Wichtige Erkenntnisse über den gesundheitlichen Zustand des Patienten, die eine Änderung des Vorsorgeplanes oder der Verordnung erforderlich machen, sind dem veranlassenden Kurarzt mitzuteilen.

(3) Die Einrichtung bzw. der (selbständige) Leistungserbringer ist für die operative Umsetzung des Vorsorgeplanes verantwortlich. Der Mitarbeiter hat sich bei der Abgabe von Leistungen an den Vorsorgeplan oder die Verordnung des Kurarztes (Kurarztvertrag nach § 73 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 2 Abs. 5 EKV oder § 2 Abs. 4 BMV) zu halten. Bestehen Unklarheiten bezüglich der Leistung, der Vollständigkeit der Verordnung und/oder der Abgabe, hat er diese mit dem veranlassenden Kurarzt vor der Leistungserbringung abzuklären.

§ 6 Inkrafttreten

(1) Die Vereinbarung tritt zum 01.09.2010 in Kraft.

(2) Die Partner der Vereinbarung werden in angemessenen Zeitabständen überprüfen, ob die Vereinbarung aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen und neuer Erkenntnisse angepasst werden muss. Ist eine Anpassung erforderlich, erklären sich die Vereinbarungspartner bereit, unverzüglich an der Verabschiedung einer neuen Vereinbarung mitzuwirken. Dies gilt auch bei Gesetzesänderungen, soweit sie die Vereinbarung betreffen.

(3) Die Vereinbarung kann von jedem Vereinbarungspartner zum Schluss eines Kalenderjahres mit Frist von einem Jahr, frühestens zum 31.12.2011, schriftlich gegenüber den anderen Vereinbarungspartnern gekündigt werden. Bei Kündigung eines Vereinbarungspartners bleibt die Vereinbarung für die übrigen Vereinbarungspartner unverändert bestehen.

Anlage 7 zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7. S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023, gültig ab 1. August 2023

Protokollnotiz zu § 6 Abs. 3

Bei Kündigung durch eine der drei Vereinbarungsparteien (GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundesverbände der Leistungserbringer) besteht die Verpflichtung innerhalb von sechs Wochen neue Vereinbarungsverhandlungen unter Berücksichtigung des Kündigungsgrundes aufzunehmen.

Berlin, den	GKV-Spitzenverband
Berlin, den	Kassenärztliche Bundesvereinigung
Bochum, den Berlin, den	Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e. V. Deutscher Heilbäderverband e. V.
Köln, den	Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten /Krankengymnasten e. V.
Bad Wörishofen, den	Kneipp-Bund e. V.
Bad Oeynhausen, den	Verband Deutscher Badeärzte e. V.
Bad Wörishofen, den	Verband Deutscher Kurörtlicher Betriebe e. V.
Hamburg, den	Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe e. V.

Anlage 1
zur Vereinbarung nach § 137d Abs. 3 SGB V zu den grundsätzlichen Anforderungen an ein (einrichtungs-) internes Qualitätsmanagement für die Erbringung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 S. 1 SGB V

1. Verbindliches Einrichtungskonzept und Leitbild

- Schriftlich fixiert und öffentlich einsehbar/verfügbar
- Darstellung des Leistungsspektrums (Behandlungen, Therapien und Verfahren)
- Aussagen zur Organisation der Einrichtung (Strukturen und Prozesse)
- Beurteilung der Einrichtungskonzeption: regelmäßige Überprüfung, Anpassung und Aktualisierung auf der Grundlage gesundheits-, präventions- und vorsorgewissenschaftlicher aktueller Erkenntnisse
- Kompatibilität mit Rahmenvorgaben der Leistungsträger (z. B. Kurarztvertrag) und dem anerkannten fachwissenschaftlichen Diskussionsstand
- Entwicklung und Bewertung von Qualitätszielen und die für die Bewertung zu ziehenden Konsequenzen
- Wirksames Schnittstellenmanagement (z. B. Beschreibung der patientenbezogenen, wesentlichen Kernprozesse in den Bereichen Aufnahme, Diagnose, Therapie einschließlich der relevanten Teil- und Unterstützungsprozesse sowie notwendiger Vernetzung vor Ort. Diese Prozesse und Teilprozesse müssen durchgängig beschrieben und in ihren Wechselwirkungen geregelt sein.)
- Regelmäßige Überprüfung, Anpassung und Aktualisierung des Leitbildes, welches schriftlich fixiert ist

2. ICF-basierte Behandlungskonzepte

- Festlegung und Überprüfung von Therapiezielen unter Berücksichtigung der Vorgaben des Kurarztes (Vorsorgeplan) für alle Beteiligten
- Interdisziplinärer Behandlungsansatz wie im Behandlungskonzept vorgesehen
- Verantwortlichkeiten innerhalb der Behandlungsabläufe sind festgelegt
- Regelmäßige Überprüfung, Anpassung und Aktualisierung auf der Grundlage gesundheits-, präventions- und vorsorgewissenschaftlicher aktueller Erkenntnisse
- Sinnvolle Verzahnung der Behandlung durch die Beteiligten
- Bei der Zeitplanung der Therapien und weiteren verhaltenspräventiven Maßnahmen generelle Berücksichtigung ggfs. zurückzulegender Wegstrecken des Versicherten zwischen einzelnen Behandlungsmaßnahmen und -orten, notwendiger Nachruhe und dergleichen bei Beachtung der jeweils individuellen Disposition (Mobilität)

3. Verantwortlichkeiten für das interne Qualitätsmanagement

- Angaben zur Verantwortung für das Qualitätsmanagement, d. h. Bereitstellung angemessener personeller, sachlicher und zeitlicher Ressourcen
- Schriftliche Benennung eines geeigneten (z. B. in Grundlagen des Qualitätsmanagements geschulten) unternehmensinternen Qualitätsbeauftragten oder schriftliche Bestellung eines qualifizierten, externen Qualitätsbeauftragten

4. Mitarbeiterbeteiligung aller Ebenen und Bereiche, z. B.

- Interne Kommunikationsstrukturen sind festgelegt, transparent und verbindlich
- Mitarbeiterorientierung als Unternehmensziel
- Führungsarbeit nach festgelegten Führungsgrundsätzen
- Umfassende und differenzierte Beteiligung der Mitarbeiter im Qualitätsmanagement und Einsatz geeigneter Instrumente
- Stellenbeschreibungen oder Anforderungsprofile sowie Beschreibungen der Verantwortlichkeiten für alle Mitarbeiter

Anlage 7 zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7. S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023, gültig ab 1. August 2023

- Vertretungsregelungen für die Mitarbeiter
- Regelmäßige, strukturierte Ermittlung des Schulungsbedarfs und Durchführung der Schulungen und andere Informationsmaßnahmen, u. a. zum Qualitätsmanagement

5. Kontinuierliche Dokumentation, Überwachung und Steuerung von Vorsorge-Prozessen

- Ausrichtung des Prozessmanagements an gültigen fachlichen Qualitätsstandards unter Berücksichtigung ggf. zurückzulegender Wege der Versicherten (z. B. Kurarztstandort, Qualifikation von Therapeuten, zeitnahe Therapiebeginn, Nachruhe, Zeitabstände)
- Beschreibung des Dokumentationssystems sowie aller gesetzlichen und behördlich geforderten Dokumentationsanforderungen (z. B. Hygiene, Brandschutz, MPG)
- Grundsätzliche Lenkung der Dokumente (Vorgabe- und Nachweisdokumente)
- Dokumentation der abgegebenen Behandlungen
- Beachtung des Datenschutzes der am Therapieprozess Beteiligten

6. Regelhafte Einbeziehung der Erwartungen und Bewertungen der Patienten sowie der am Behandlungsablauf Beteiligten

- Ausreichende Information der Patienten
- Therapiezielvereinbarungen und gemeinsame Auswertung
- Einbeziehung der Wünsche und Bedürfnisse der Patienten (nur mit Einschränkung bei Minderjährigen)
- Abstimmung möglicher verschiedener Interessenslagen (Patient, Behandler, Leistungsträger)
- Abstimmung und Rückkoppelung zwischen den an der Behandlung Beteiligten
- Interne Kommunikationsstrukturen (z.B. Teambesprechungen, Fallbesprechungen, Qualitätszirkel)

7. Beschwerdemanagement

- Beschriebenes Verfahren und beschriebener Prozess einschließlich Verantwortlichkeiten
- Statistik bzw. schriftliche Auswertung/Aufzeichnung und Analyse
- Konsequenzen, Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen

8. Fehlermanagement

- Einrichtungsspezifische Klärung des Fehlerbegriffes und Umgang mit Behandlungsfehlern
- Beschriebenes Verfahren und beschriebener Prozess einschließlich Verantwortlichkeiten
- Statistik bzw. schriftliche Auswertung/Aufzeichnung und Analyse
- Konsequenzen, Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen

9. Interne Ergebnismessung und -analyse, z.B.

- Angaben zur Patientenzufriedenheit (nur mit Einschränkung bei Minderjährigen)
- Rückmeldungen von verschiedenen Parteien (z. B. Krankenkassen, Kurärzte, weitere Leistungserbringer)
- Leistungen der patientenbezogenen und unterstützenden Prozesse (Prozessqualität)
- Therapiezielerreichung (Ergebnisqualität)
- Ergebnisse zu Qualitätszielen
- Qualitätsbezogene Kennzahlen nach Bedarf des Unternehmens
- Lieferantenbeurteilungen
- Umsetzung wesentlicher gesetzlicher und behördlicher Forderungen
- Ableitung von Korrekturmaßnahmen und Empfehlungen für Verbesserungen

10. Regelhafte Selbstüberprüfung aller wesentlichen Prozesse, z. B.

- Überprüfungsplan

Anlage 7 zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7. S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023, gültig ab 1. August 2023

- Dokumentation der Überprüfung
- Ergebnisse liefern Eingaben für die kontinuierliche Verbesserung und die (Weiter-) Entwicklung von Qualitätszielen, einschließlich Maßnahmenpläne und deren Umsetzung
- Korrekturmaßnahmen

11. Fortschreibung der Anlage 1

Die Fortschreibung dieser Anlage obliegt den Vereinbarungspartnern.

Anlage 7 zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7. S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023, gültig ab 1. August 2023

Anlage 2

zur Vereinbarung nach § 137d Abs. 3 SGB V zu den grundsätzlichen Anforderungen an ein (einrichtungs-) internes Qualitätsmanagement für die Erbringung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V

Anforderungen an ein Qualitätsmanagement-Verfahren und ein Zertifizierungsverfahren nach § 4 Abs. 3

1. Zertifizierungs-Zyklus

Unabhängig vom QM-Modell bzw. Zertifizierungsverfahren soll ein Zertifikat max. drei Jahre Gültigkeit besitzen; nach Ablauf dieses Gültigkeitszeitraums muss eine Re-Zertifizierung erfolgen.

Innerhalb der Gültigkeitsdauer finden jährliche Überprüfungen statt (z.B. Überwachungs-Audits, Visitationen in Form von Stichproben oder Selbstüberprüfungen). Je nach Art des Zertifikates werden die Überprüfungen durch Institutionen nach Nr. 2 oder durch eigenes qualifiziertes Personal durchgeführt.

2. Anforderungen an Zertifizierungs-Institutionen

Eine Gesellschaft oder Einrichtung, die Zertifizierungen durchführt (Zertifizierungs-Institution), muss bei der in Deutschland zuständigen Stelle nach ISO/IEC 17021 akkreditiert sein, welche die Multilateralen Abkommen des International Accreditation Forum (IAF) unterzeichnet hat und Mitglied der IAF ist. Die Zertifizierungs-Institution unterliegt dabei einer regelmäßigen Überwachung ihrer Strukturen, Prozesse und fachlichen Qualifikation.

Die Zertifizierungs-Institution muss über eine Zulassung für den Bereich 38 Gesundheitswesen sowie über entsprechende Zertifizierungs-Erfahrungen verfügen und diese durch Referenzlisten nachweisen.

Die Zertifizierungs-Institution ist für die Auswahl und den Einsatz fachlich wie methodisch kompetenter Auditoren/Visitoren verantwortlich.

3. Anforderungen an Auditoren/Visitoren

Die eingesetzten Auditoren/Visitoren müssen über eine Auditorenqualifikation gemäß ISO 19011 und TGA-Leitfaden oder eine andere anerkannte Ausbildung (z. B. KTQ Visitor, EFQM-Assessor) verfügen.

Sie müssen über Kenntnisse des medizinischen Rehabilitationswesens, der entsprechenden administrativen Prozesse sowie angrenzender Versorgungsbereiche (z. B. Hausärzte) verfügen.

Sie müssen über eigene Führungserfahrung, Moderationsfähigkeiten, analytisches Verständnis und die erforderliche kommunikative Kompetenz verfügen.

Geeignete Berufsgruppen sind insbesondere Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten sowie Verwaltungsmitarbeiter. Praktiker, deren Einrichtungen selbst zertifiziert sind, werden bevorzugt.

4. Organisation und Dokumentation der Durchführung

Die entsprechenden Standards sind bei allen bestehenden Zertifizierungsverfahren (siehe Nr. 5) geregelt. Diese Vorgaben sind einzuhalten.

Die Zertifizierungs-Institution kann bei den Vor-Ort-Besuchen einen System- und einen Fach-Auditor einsetzen. Bei der Zusammensetzung der Auditoren- bzw. Visitoren-Teams sind die unter 3. genannten Anforderungen im Hinblick auf Ausbildung, Erfahrung und Berufsgruppenzugehörigkeit zu berücksichtigen.

Wesentlich vor allem ist eine zeitnahe Berichterstellung von den Audits/Visitationen mit klaren Abweichungsregelungen und Terminsetzung zur Abarbeitung von festgestellten Abweichungen gegenüber der Zertifizierungsgrundlage.

Anlage 7 zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7. S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023, gültig ab 1. August 2023

5. Qualitätsmanagement-Verfahren

Qualitätsmanagement-Verfahren werden durch die Vereinbarungspartner anerkannt, sofern sie die Anforderungen aus Anlage 1 und Anlage 2 erfüllen. Der Anbieter des jeweiligen Qualitätsmanagement-Verfahrens muss die Erfüllung der Anforderungen dem GKV Spitzenverband schriftlich bestätigen und, falls von den Vereinbarungspartnern verlangt, die entsprechenden Nachweise erbringen. Der GKV-Spitzenverband veröffentlicht auf seiner Homepage nach Anhörung der Vereinbarungspartner die anerkannten Qualitätsmanagement-Verfahren.

6. Fortschreibung der Anlage 2

Die Fortschreibung dieser Anlage obliegt den Vereinbarungspartnern.

Anlage 7 zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7. S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023, gültig ab 1. August 2023

Anlage 3
zur Vereinbarung nach § 137d Abs. 3 SGB V zu den grundsätzlichen Anforderungen an ein (einrichtungs-) internes Qualitätsmanagement für die Erbringung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V

Checkliste Selbstbewertung nach § 4 Abs. 2

Nach § 4 Abs. 1 der Vereinbarung sind die Einrichtungen / (selbständigen) Leistungserbringer verpflichtet, die Einführung und Implementierung eines systematischen (einrichtungs-) internen Qualitätsmanagements nachzuweisen.

Als Nachweis führen die Einrichtungen / (selbständigen) Leistungserbringer alle drei Jahre eine Selbstbewertung bezüglich der grundsätzlichen Anforderungen an ein (einrichtungs-) internes Qualitätsmanagement für die Erbringung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V nach Anlage 1 durch, die schriftlich zu dokumentieren ist. Grundlage für die Durchführung der Selbstbewertung ist die vorliegende Checkliste, mit der überprüft wird, ob alle in der Anlage 1 der Vereinbarung formulierten Anforderungen an ein (einrichtungs-)internes Qualitätsmanagement von der Einrichtung / (selbständigen) Leistungserbringer erfüllt werden. Die Checkliste ist mit den Dokumenten / Nachweisen so aufzubewahren, dass jederzeit eine Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen erfolgen kann. Die termingerechte Erstellung der Checkliste zur Selbstbewertung ist unter Berücksichtigung der 3-Jahres-Frist verpflichtend.

Anforderungen an ein (einrichtungs-)internes Qualitätsmanagement

Nr. 1. Verbindliches Einrichtungskonzept und Leitbild

- 1) Liegt ein schriftlich fixiertes Einrichtungskonzept vor und ist dieses öffentlich einsehbar/ verfügbar?
- 2) Existiert eine Darstellung des Leistungsspektrums (Behandlungen, Therapien und Verfahren)?
- 3) Liegen Aussagen zur Organisation der Einrichtung (Strukturen und Prozesse) vor?
- 4) Wird die Einrichtungskonzeption auf der Grundlage gesundheits-, präventions- und vorsorgewissenschaftlicher aktueller Erkenntnisse regelmäßig überprüft, angepasst und aktualisiert?
- 5) Ist die Einrichtungskonzeption mit Rahmenvorgaben der Leistungsträger (z. B. Kurarztvertrag) und dem anerkannten fachwissenschaftlichen Diskussionsstand kompatibel?
- 6 a) Werden Qualitätsziele entwickelt?
- 6 b) Werden die Ziele bewertet und daraus Konsequenzen gezogen?
- 7 a) Wird ein wirksames Schnittstellenmanagement (z. B. Beschreibung der patientenbezogenen, wesentlichen Kernprozesse in den Bereichen Aufnahme, Diagnose, Therapie einschließlich der relevanten Teil- und Unterstützungsprozesse) umgesetzt?
- 7 b) Werden diese Prozesse und Teilprozesse durchgängig beschrieben und sind sie in ihren Wechselwirkungen geregelt?
- 7 c) Wird die Vernetzung vor Ort mit sonstigen externen Leistungserbringern (z. B. Kurarzt, diverse kurbegleitende Maßnahmen) umgesetzt?
- 7 d) Werden hierzu Prozesse und Teilprozesse durchgängig beschrieben und sind sie in ihren Wechselwirkungen geregelt?

Anlage 7 zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7. S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023, gültig ab 1. August 2023

8 a) Liegt ein schriftlich fixiertes Leitbild vor und ist dieses öffentlich einsehbar/verfügbar?

8 b) Wird das Leitbild regelmäßig überprüft, angepasst und aktualisiert?

2. ICF-basiertes Behandlungskonzept

1) Liegt ein gültiges, ICF-basiertes Behandlungskonzept vor?

2) Erfolgt eine Festlegung und Überprüfung von Therapiezielen unter Berücksichtigung der Vorgaben des Kurarztes (Vorsorgeplan) für alle Beteiligten?

3) Wird im Behandlungskonzept ein interdisziplinärer Behandlungsansatz beschrieben?

4) Sind die Verantwortlichkeiten innerhalb der Behandlungsabläufe festgelegt?

5) Wird das Behandlungskonzept auf der Grundlage fachlicher, d. h. gesundheits-, präventions- und vorsorgewissenschaftlicher aktueller Erkenntnisse regelmäßig überprüft, angepasst und aktualisiert?

6) Besteht eine sinnvolle Verzahnung der Behandlung durch die Beteiligten?

7) Werden bei der Zeitplanung der Therapien und weiteren verhaltenspräventiven Maßnahmen folgende Aspekte berücksichtigt:

- zurückzulegende Wegstrecken des Versicherten zwischen einzelnen Behandlungsmaßnahmen und -orten,
- notwendige Nachruhe und dergleichen bei Beachtung der jeweils individuellen Disposition (Mobilität)?

3. Verantwortlichkeiten für das interne Qualitätsmanagement

1) Ist die Verantwortung für das Qualitätsmanagement schriftlich fixiert d. h. werden die erforderlichen personellen, sachlichen und zeitlichen Ressourcen bereitgestellt?

2) Ist ein geeigneter (z. B. in Grundlagen des Qualitätsmanagements geschulter) unternehmensinterner Qualitätsbeauftragter oder ein qualifizierter, externer Qualitätsbeauftragter schriftlich benannt? Angaben zum QM-Beauftragten (Name; unternehmensintern oder extern [bei extern, bitte Name des Instituts]):

4. Mitarbeiterbeteiligung aller Ebenen und Bereiche, z. B.

1) Sind interne Kommunikationsstrukturen transparent und verbindlich festgelegt?

2) Ist die Mitarbeiterorientierung als ein Unternehmensziel thematisiert?

3) Wird die Zufriedenheit der Mitarbeiter/innen (z. B. Mitarbeiterbefragung) erhoben?

4) Liegen festgelegte Führungsgrundsätze für die Führungsarbeit vor und werden diese einheitlich angewandt?

5 a) Erfolgt eine umfassende und differenzierte Beteiligung der Mitarbeiter im Qualitätsmanagement?

5 b) Werden geeignete Instrumente eingesetzt?

Anlage 7 zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7. S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023, gültig ab 1. August 2023

6 a) Liegen für alle Mitarbeiter/-innen Stellenbeschreibungen oder Anforderungsprofile sowie Beschreibungen der Verantwortlichkeiten (z. B. Unterschriftenregelungen) vor?

6 b) Liegen Vertretungsregelungen für alle Mitarbeiter/-innen vor?

7 a) Wird eine regelmäßige und strukturierte Ermittlung des Schulungsbedarfs durchgeführt?

7 b) Werden Schulungen und andere Informationsmaßnahmen, u. a. zum Qualitätsmanagement durchgeführt?

5. Kontinuierliche Dokumentation, Überwachung und Steuerung von Vorsorge-Prozessen

1) Wird das Prozessmanagement an gültigen fachlichen Qualitätsstandards unter Berücksichtigung ggf. zurückzulegender Wege der Versicherten (z. B. Kurarztstandard, Qualifikation von Therapeuten, zeitnaher Therapiebeginn, Nachruhe, Zeitabstände) ausgerichtet?

2 a) Erfolgt eine Beschreibung des Dokumentationssystems?

2 b) Werden die gesetzlichen und behördlich geforderten Dokumentationsanforderungen (z. B. Hygiene, Brandschutz, MPG) beachtet?

3) Findet eine grundsätzliche Lenkung der Dokumente (Vorgabe- und Nachweisdokumente) statt?

4) Werden die abgegebenen Behandlungen dokumentiert?

5) Beachten alle am Therapieprozess Beteiligten die Regelungen des Datenschutzes?

6. Regelmäßige Einbeziehung der Erwartungen und Bewertungen der Patienten sowie der am Behandlungsablauf Beteiligten

1) Besteht eine ausreichende Information der Patienten (z. B. über Ziel, Inhalt, Dauer, Wirkung und mögliche Wechselwirkungen innerhalb des Therapiekomplexes sowie über Möglichkeiten des Selbstmanagements und der Nachsorge)?

2 a) Werden Therapiezielvereinbarungen abgeschlossen?

2 b) Wird darauf aufbauend eine gemeinsame Auswertung vorgenommen?

3) Werden die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten (nur mit Einschränkung bei Minderjährigen) einbezogen?

4) Erfolgt eine Abstimmung möglicher verschiedener Interessenslagen (Patient, Behandler, Leistungsträger)?

5) Erfolgt eine Abstimmung und Rückkoppelung zwischen den an der Behandlung Beteiligten?

6) Sind interne Kommunikationsstrukturen insbesondere in Bezug auf Teambesprechungen, Fallbesprechungen, Qualitätszirkel festgelegt?

7. Beschwerdemanagement

1) Liegen für das Beschwerdemanagement ein beschriebenes Verfahren und ein beschriebener Prozess einschließlich Verantwortlichkeiten vor?
verantwortlich:

Anlage 7 zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung und Abgabe von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und kurortsspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 125 Abs. 7. S. 1 SGB V vom 10. Juli 2023, gültig ab 1. August 2023

2) Werden zu Beschwerden Statistiken bzw. schriftliche Auswertungen/ Aufzeichnungen und Analysen erstellt?

3) Werden aus dem Beschwerdemanagement Konsequenzen gezogen sowie Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen eingeleitet?