

Versorgungsvertrag zur Erbringung von Leistungen der ambulanten medizinischen Rehabilitation nach § 111c SGB V

zwischen der/dem (Firma, juristischer Träger)

Name

Anschrift

vertreten durch den Geschäftsführer (Name)

als Träger der/des (Name der Einrichtung, Anschrift)

Institutionskennzeichen (IK): (Ziffer)

(nachfolgend Rehabilitationseinrichtung genannt)

und den Landesverbänden der Krankenkassen

- AOK Bayern – Die Gesundheitskasse -, Carl-Wery-Straße 28, 81739 München
- BKK Landesverband Bayern, Züricher Straße 25, 81476 München
- KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München, Putzbrunner Str. 73, 81739 München
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Postfach 10 13 20, 34013 Kassel
- IKK classic, Tannenstraße 4b, 01099 Dresden

und den Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern,
Arnulfstraße 201a, 80634 München

(nachfolgend „Krankenkassenverbände“ genannt)

§ 1 Geltungsbereich

Dieser Versorgungsvertrag gilt für alle gesetzlichen Krankenkassen im Geltungsbereich des SGB V.

§ 2 Gegenstand des Versorgungsvertrages

- (1) Gegenstand des Versorgungsvertrages ist die Erbringung von Leistungen zur ganz-tägig ambulanten medizinischen Rehabilitation - einschließlich Anschlussrehabilita-tion - nach § 40 Abs. 1 SGB V durch die o.a. Rehabilitationseinrichtung über **XX** Behandlungsplätze für folgende Indikation:

Geriatrische Erkrankungen

Bei Veränderungen gilt § 3 dieses Vertrages.

- (2) Grundlage für den Versorgungsvertrag sind die Rahmenempfehlungen zur ambu-lanten geriatrischen Rehabilitation in der jeweils gültigen Fassung.
- (3) Die Rehabilitationseinrichtung verfügt über ein strukturiertes medizinisches Reha-bilitationskonzept, das den spezifischen Anforderungen der Rahmenempfehlungen bezüglich der in § 2 aufgeführten Indikationen entspricht und mit den Krankenkas-senverbänden abgestimmt ist. Die Rehabilitationseinrichtung verpflichtet sich, die Leistungen in Übereinstimmung mit diesem Konzept zu erbringen. Eine angemessene Mitwirkungsmöglichkeit der Teilnehmer an der Ausführung der Leistungen ist sicherzustellen.
- (4) Dieser Versorgungsvertrag geht vom Grundsatz der vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen der Rehabilitationseinrichtung, den Krankenkassenverbänden und Krankenkassen aus.
- (5) Mit dem Abschluss dieses Versorgungsvertrages ist keine Belegungsgarantie ver-bunden. Nach dem Sozialgesetzbuch V bestimmt die Krankenkasse nach den me-dizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durch-

führung der Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen.

- (6) Das konzeptionelle Bezugssystem der medizinischen Rehabilitation ist die Internationale Klassifizierung der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Für die Definitionen und Begriffsbestimmungen der Indikationsstellungen, medizinischen Voraussetzungen sowie der Rehabilitationsziele wird auf die in § 2 Abs. 2 dieses Versorgungsvertrages aufgeführten *Rahmenempfehlungen Geriatrie* verwiesen.

§ 2a

Beschäftigung Behinderter, insbesondere schwerbehinderter Frauen

Die Rehabilitationseinrichtung erklärt, dass sie bemüht ist, einen angemessenen Anteil behinderter Menschen, insbesondere schwerbehinderter Frauen zu beschäftigen.

§ 2b

Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen

Im Rahmen der Wahrnehmung ihrer Aufgaben gewährleistet die Rehabilitationseinrichtung im Hinblick auf die Sicherung des Kindeswohls der von ihr betreuten Kinder oder Jugendlichen bei Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindeswohls eine Gefährdungseinschätzung durchzuführen und bei Bedarf die Einbindung der Träger der öffentlichen Jugendhilfe (Jugendamt) sicher zu stellen (§ 21 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX).

§ 2c

Gewaltschutz

Die Rehabilitationseinrichtung verpflichtet sich, geeignete Maßnahmen zum Schutz vor Gewalt für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen, insbesondere für Frauen und Kinder mit Behinderung und von Behinderung bedrohte Frauen und Kinder. Hierzu gehören insbesondere die Entwicklung und Umsetzung eines auf die Einrichtung zugeschnittenen Gewaltschutzkonzepts (§ 37 a SGB IX).

§ 3

Umstrukturierung

- (1) Sind wesentliche Änderungen des Betriebes vorgesehen, bedürfen diese der vorherigen Zustimmung der Krankenkassenverbände.

Wesentliche Änderungen sind insbesondere

- räumliche Verlegung, Umbau und Erweiterung der Einrichtung,
- beabsichtigter Wechsel des Betreibers der Einrichtung,
- Änderung der Versorgungsstruktur oder des Indikationsspektrums,
- Änderung der Anzahl der Behandlungsplätze für die Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung.

- (2) Bei Wegfall einer Indikationsgruppe bzw. einer veränderten Zuordnung ist eine Anpassung des Versorgungsvertrages zwingend erforderlich. Der Träger ist verpflichtet strukturelle Änderungen, die die Inhalte des Versorgungsvertrages betreffen, umgehend mitzuteilen. Die Krankenkassenverbände prüfen bei strukturellen Änderungen eine evtl. erforderliche Anpassung des Versorgungsvertrages. Sofern sich Änderungen beim Ärzte- und Therapeutenteam (Anlage 7) ergeben, sind diese unverzüglich mitzuteilen und die entsprechenden Qualifikationsnachweise beizufügen.
- (3) Bei Wechsel des Trägers endet das Vertragsverhältnis.
- (4) Die Krankenkassenverbände können mit dem neuen Träger auf dessen Antrag einen neuen Vertrag schließen.
- (5) Wichtige Änderungen in der Einrichtung sind den Krankenkassenverbänden umgehend anzuzeigen, zum Beispiel:
- Änderung der ärztlichen Leitung,
 - Änderung in der Geschäftsführung,
 - Eröffnung eines Insolvenzverfahrens,
 - Einstellung des Betriebes.
- (6) Die unter den Absätzen (1) bis (5) genannten Mitteilungen, Anträge, Zustimmungen bedürfen der Schriftform. Bei Änderungen in der Trägerstruktur ist ein Handelsregisterauszug vorzulegen.

§ 4

Verordnung und Durchführung

- (1) Die Erbringung der ambulanten Leistung zur medizinischen Rehabilitation setzt eine ärztliche Verordnung der/des behandelnden Vertragsarztes/Vertragsärztin sowie eine Kostenübernahmeerklärung der zuständigen Krankenkasse voraus. Bei Anschlussrehabilitation ist die Verordnung von dem behandelnden Arzt des zuvor versorgenden Krankenhauses auszustellen.
- (2) Die Rehabilitationseinrichtung ist nicht berechtigt, zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung ärztliche Verordnungen anzunehmen oder auszuführen, die noch nicht von der Krankenkasse genehmigt sind. Werden Leistungen der ambulanten Rehabilitation nicht genehmigt, können die durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachten Leistungen, wie Erstellung des Befundberichtes und des Rehabilitationsplanes weder mit der Krankenkasse noch mit der/dem Versicherten abgerechnet werden. Der Abschluss privatrechtlicher Vereinbarungen der Rehabilitationseinrichtung mit der/dem Versicherten über die Abrechnung verordneter Leistungen für den Zeitraum bis zur Entscheidung der Krankenkasse über den Rehabilitationsantrag ist nicht gestattet.
- (3) Die Rehabilitationseinrichtung erhält von der leistungspflichtigen Krankenkasse bei Genehmigung der Rehabilitationsleistung den Bewilligungs- und Abrechnungsvordruck (Anlage 2). Der/die Versicherte wird von der Krankenkasse entsprechend informiert. Die Kostenübernahme verliert ihre Gültigkeit, wenn die Maßnahme nicht innerhalb von 10 Arbeitstagen nach der Bewilligung begonnen wird.
- (4) Zur Klärung der Notwendigkeit und der Zielsetzung einer ambulanten medizinischen Rehabilitationsleistung müssen folgende Voraussetzungen sozialmedizinisch geprüft werden:
 - Rehabilitationsbedürftigkeit
 - Rehabilitationsfähigkeit
 - Rehabilitationsprognose.Dabei ist von realistischen Rehabilitationszielen auszugehen.
- (5) Die Rehabilitationsleistungen werden für alle Rehabilitanden in gleicher Qualität durchgeführt. Die Rehabilitationseinrichtung erstellt auf Basis der Ergebnisse der

Rehabilitationsdiagnostik einen individuellen Rehabilitationsplan, der mit der Rehabilitandin/dem Rehabilitanden und dem gesamten Rehabilitationsteam abzustimmen und während der Rehabilitation entsprechend dem Rehabilitationsverlauf anzupassen ist. Den Rehabilitationsplan übersendet die Rehabilitationseinrichtung zu Beginn der ambulanten medizinischen Rehabilitation der leistungspflichtigen Krankenkasse und der/dem vor- und/bzw. nachbehandelnden Vertragsärztin/Vertragsarzt.

- (6) Wird im Ausnahmefall, z. B. wegen interkurrenter Erkrankung, das Rehabilitationsziel mit der genehmigten Leistung nicht erreicht, ist mindestens 5 Arbeitstage vor Ablauf der Rehabilitationsleistung ein Antrag auf Verlängerung der ambulanten Rehabilitationsleistung zu stellen. Der Antrag ist auf dem vorgegebenen Vordruck (Anlage 1) zu stellen. Eine umfassende ärztliche Begründung insbesondere zum derzeitigen Status, zu den vorgesehenen Rehabilitationszielen sowie ein aktualisierter Rehabilitationsplan und eine Kopie der bisherigen Patientendokumentation, die Auskunft über die Zahl der nach Ansicht der Rehabilitationseinrichtung notwendigen Rehabilitationseinheiten gibt, sind beizufügen. Kosten hierfür können weder bei der Rehabilitandin/dem Rehabilitanden noch bei der leistungspflichtigen Krankenkasse geltend gemacht werden.
- (7) Die Notwendigkeit der beantragten Rehabilitation bzw. deren Verlängerung wird gemäß § 275 Abs. 1 Nr. 1 und 2 und Abs. 2 Nr. 1 SGB V durch den Medizinischen Dienst (MD) geprüft. Die Rehabilitationseinrichtung ist verpflichtet, dem MD erforderliche Auskünfte umgehend kostenfrei zu erteilen und bei Verlängerungsanträgen jederzeit Einblick in die Behandlungsdokumentation der Rehabilitanden zu gewähren.

§ 5

Ausschlusskriterien/Abbruch der Rehabilitation

- (1) Leistungen der ambulanten medizinischen Rehabilitation kommen nicht in Betracht, wenn Ausschlusskriterien nach den in § 2 Abs. 2 aufgeführten Rahmenempfehlungen Geriatrie vorliegen.
- (2) Die genehmigte ambulante Rehabilitation ist auch vor Ablauf in Abstimmung mit der leistungspflichtigen Krankenkasse zu unterbrechen oder zu beenden, wenn sich die

unter Absatz 1 genannten Ausschlusskriterien erst während der Rehabilitation herausstellen.

§ 6

Leistungsumfang/Bestandteile der Vergütung

- (1) Die Behandlungsdauer je Therapieeinheit sowie die Behandlungsintervalle je Woche sind in einer separaten "Vergütungsvereinbarung" festzulegen. Insgesamt werden entsprechend Befund und Verlauf des Einzelfalles längstens 20 Therapieeinheiten (Rehabilitationstage laut Rehabilitationsplan) nicht überschritten, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Den Krankenkassen ist es vorbehalten, die Zahl der genehmigten Therapieeinheiten indikationsbezogen zu bestimmen.
- (2) Die Rehabilitationseinrichtung übernimmt während der Leistungserbringung nach diesem Versorgungsvertrag die notwendige fachärztliche Versorgung und die Versorgung mit Arzneimitteln für die Indikationen, für die die ambulante Rehabilitationsleistung gewährt wird. Eine Abrechnung dieser Leistungen außerhalb des vereinbarten Vergütungssatzes stellt einen Vertragsverstoß nach § 15 dieses Vertrages dar und berechtigt – unabhängig von straf- und zivilrechtlichen Konsequenzen – zur sofortigen fristlosen Kündigung des Vertrages. Die vertragsärztliche Behandlung für andere Indikationen bleibt von der Durchführung der Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation unberührt.
- (3) Die mit dem Vergütungssatz abgegoltenen Leistungen umfassen ebenfalls die unter Berücksichtigung der Risikofaktoren (z. B. Übergewicht, bestehende Begleiterkrankungen wie Diabetes etc.) notwendige Verpflegung in der Rehabilitationseinrichtung.
- (4) Bestandteil der Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation ist auch ein Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V zum Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Hierzu zählt u.a. die Vermittlung von geeigneten Angeboten zur Nachsorge (z. B. Rehabilitationssport, Kontakt zu Selbsthilfegruppen). Hierüber wird nach ausführlicher persönlicher Beratung der Rehabilitandin/des Rehabilitanden die behandelnde Vertragsärztin/der behandelnde Vertragsarzt mit dem ärztlichen Entlassungsbericht informiert.

- (5) Die Rehabilitationseinrichtung erstellt kostenfrei und umgehend die für die Krankenkassen notwendigen Bescheinigungen und Statistiken, die nach diesem Vertrag vorgesehen sind.

§ 7

Abgabe der Leistungen

- (1) Die Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation werden nur von solchen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Rehabilitationseinrichtung erbracht, die die notwendige Qualifikation entsprechend der in § 2 Abs. 2 aufgeführten Rahmenempfehlungen Geriatrie nachgewiesen haben.
- (2) Entsprechend der für die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen vorgesehenen Platzzahl der Rehabilitationseinrichtung ist vollständig qualifiziertes Personal nach der jeweils geltenden Rahmenempfehlungen Geriatrie vorzuhalten (siehe auch Anlage 6). Die entsprechend der Rahmenempfehlungen geforderten Zusatzqualifikationen im Bereich der physikalischen Therapie sind durch entsprechende Abschlusszertifikate nachzuweisen. Noch nicht im Sinne dieses Versorgungsvertrages qualifizierte Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der Rehabilitationseinrichtung können zusätzlich nur unter Anleitung und Verantwortung qualifizierter Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter tätig werden. Die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung muss jedoch vorliegen. Hierfür gilt ein Schlüssel von 1 im Sinne der Zulassungsbedingungen qualifizierten Mitarbeiter zu 2 noch nicht in diesem Sinne qualifizierten Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter (Berufspraxis).

Für eine ambulante Rehabilitationseinrichtung mit ganztägiger Rehabilitation gelten für die Personalbemessung die Personalschlüssel gemäß Anlage 6 für die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen.

§ 8

Wirtschaftlichkeitsgebot

Die Rehabilitationseinrichtung ist für eine qualitativ hochwertige, wirksame und wirtschaftliche Leistungserbringung (§§ 2 Abs. 4, 12 Abs. 1, 70 Abs. 1 SGB V) verantwortlich.

§ 9

Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Die/Der ärztliche Leiter/in, die ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter verpflichten sich, regelmäßig entsprechende Fort- und Weiterbildungsangebote wahrzunehmen.
- (2) Die Rehabilitationseinrichtung ist gemäß § 135a Abs. 2 Nr. 1 SGB V verpflichtet sich an den einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Qualitätssicherung zu beteiligen.
- (3) Weiterhin ist die Rehabilitationseinrichtung verpflichtet, nach § 135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V einrichtungsinterne Qualitätsmanagementsysteme einzuführen und zu routinisieren. Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement ist jederzeit einer Prüfung durch die/den von Krankenkassenverbänden Beauftragte/Beauftragten zugänglich zu machen.
- (4) Zur inhaltlichen Ausgestaltung der externen Qualitätssicherung und des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach den Absätzen 2 und 3 wird auf die „Ver Vereinbarung zur externen Qualitätssicherung und zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement in der stationären und ambulanten Rehabilitation und stationären Vorsorge nach §137d Abs. 1, 2 und 4 SGB V“ in der jeweils gültigen Fassung verwiesen.
- (5) Die zuständige Krankenkasse kann sich jederzeit von der Rehabilitationseinrichtung die vollständigen Unterlagen von Rehabilitationsfällen, die zu ihren Lasten erbracht werden bzw. wurden, zur Prüfung durch den MD vorlegen und gegebenenfalls gebührenfreie Kopien fertigen lassen.
- (6) Die Rehabilitationseinrichtung verpflichtet sich, die Beauftragte/den Beauftragten der Krankenkassenverbände Zutritt zu den Räumen der Rehabilitationseinrichtung zu gewähren und ihnen die Prüfung der vertraglich geschuldeten Leistungen zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang wird auch Gelegenheit gegeben, bei Bedarf mit Rehabilitanden vertrauliche Gespräche über die erbrachten Leistungen zu führen. Den Krankenkassenverbänden ist Einblick in die Gesellschafts- und Beteiligungsverhältnisse der Rehabilitationseinrichtung zu gewähren und auf Verlangen aktuelle Auszüge aus dem Handelsregister vorzulegen.

- (7) Die Rehabilitationseinrichtung teilt den Krankenkassenverbänden unaufgefordert am Jahresanfang – spätestens zum 31.03. - für das abgelaufene Kalenderjahr, die Anzahl der insgesamt von allen Rehabilitationsträgern, getrennt nach Kassenarten und DRV, behandelten Rehabilitanden unter Angabe der insgesamt erbrachten Therapieeinheiten mit (Anlage 5).
- (8) Die Rehabilitationseinrichtung teilt den Krankenkassenverbänden unaufgefordert am Jahresanfang – spätestens zum 31.03. - für das abgelaufene Kalenderjahr, den Personalstand (umgerechnet auf Vollkräfte) unter Angabe des Tätigkeitsbereiches mit. Bei Neueinstellungen bzw. personellen Veränderungen sind die jeweiligen Qualifikationsnachweise beizufügen (Anlage 5).

§ 10

Beurlaubung

- (1) Mit der Notwendigkeit einer Leistung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation ist eine Beurlaubung regelmäßig nicht vereinbar.
- (2) Beurlaubungen dürfen nur mit Zustimmung der/des leitenden Ärztin/Arztes oder seiner Vertretung ausgesprochen werden und sind der zuständigen Krankenkasse mitzuteilen.
- (3) Für Urlaubstage wird keine Vergütung in Rechnung gestellt.

§ 11

Vergütung

- (1) Die Vergütung für die Leistungen der ambulanten medizinischen Rehabilitation richtet sich nach der mit den zuständigen Krankenkassenverbänden oder Krankenkassen getroffenen Vergütungsvereinbarung.
Die Vergütung vereinbaren die Vertragspartner nach § 111c Abs. 3 SGB V. Die Krankenkassen können die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen dazu bevollmächtigen.
- (2) Der Anspruch auf Vergütung für Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation entsteht erst mit der Übersendung des ärztlichen Entlassungsberichts an die

verordnende Vertragsärztin/den verordnenden Vertragsarzt und die Entlassungsdaten in Anlehnung an § 301 Abs. 4 SGB V an die leistungspflichtige Krankenkasse mit folgenden Angaben:

- Tag, Uhrzeit und Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose; bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution,
- Rehabilitationsverlauf unter Angabe der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahme sowie
- Empfehlungen für weiterführende Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges (z. B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, stufenweise Wiedereingliederung, Rehabilitationssport und Funktionstraining, Heil- und Hilfsmittelversorgung, Arzneimittelversorgung, psychotherapeutische Leistungen) und zur Wiedereingliederung in das soziale Umfeld bzw. zur psychosozialen Betreuung.

Weitere Daten sind von der Rehabilitationseinrichtung nach Anforderung der Krankenkasse dem MD zu übermitteln. Bei der Anforderung werden die datenschutzrechtlichen Bestimmungen beachtet.

§ 12

Abrechnungsregelung

- (1) Die maschinelle Abrechnung erfolgt über den Datenträgeraustausch nach § 301 Abs. 4 SGB V nach Anlage 4a und 4b.
- (2) Die Angaben über den Rehabilitationsverlauf werden nach Umstellung auf die maschinelle Abrechnung nach § 301 Abs. 4 SGB V als Behandlungsinformation (in Anlehnung an die Klassifikation therapeutischer Leistungen - KTL) für jeden Behandlungstag des Rehabilitanden übermittelt.

§ 13

Datenschutz und Schweigepflicht

- (1) Die Rehabilitationseinrichtung ist aufgrund Gesetzes verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG bzw. KDG oder DSG-EKD) einzuhalten.
- (2) Die Rehabilitationseinrichtung hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit entsprechend Art. 32 EU- DSGVO insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten.
- (3) Die Rehabilitationseinrichtung verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.
- (4) Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.
- (5) Die Rehabilitationseinrichtung ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.
- (6) Die Rehabilitationseinrichtung unterliegt hinsichtlich der Patientin/des Patienten und dessen/deren Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem MD und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassenerforderlich sind.

§ 14

Werbung für Vertragsleistungen

Werbemaßnahmen der Rehabilitationseinrichtung dürfen nicht dem Ziel der vermehrten Leistungsanspruchnahme dienen. Das gilt auch für Informationen, die über den Zugang zu den Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation werben. Werbung für Vertragsleistungen in Arztpraxen und Krankenhäusern sowie in deren Zugangsbereichen ist ebenfalls unzulässig.

§ 15

Vertragsverstöße

- (1) Erfüllt eine Rehabilitationseinrichtung eine vertragliche Verpflichtung verspätet, nicht oder in nicht gehöriger Weise, kommen folgende Maßnahmen in Betracht:
 - Verwarnung,
 - Vertragsstrafe,
 - fristlose Kündigung des Versorgungsvertrages.

- (2) Unabhängig von den Maßnahmen nach Absatz 1 ist der durch die Einrichtung aufgrund von Vorsatz oder Fahrlässigkeit nach dem BGB verursachte Schaden zu ersetzen.

- (3) Schwerwiegende Vertrags-/Vertrauensverstöße, berechtigen die Krankenkassenverbände, abweichend zu § 111 c Abs. 2 SGB V, zur außerordentlichen Kündigung des Versorgungsvertrages. Als solche gelten insbesondere:
 1. Abrechnung nicht erbrachter Leistungen,
 2. Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, die während der ambulanten Rehabilitation von der Rehabilitationseinrichtung zur Verfügung zu stellen sind,
 3. wiederholte Behandlung vertragsfremder Indikationen,
 4. Nichtmeldung von vertragsrelevanten Personalveränderungen sowie Änderungen der Räumlichkeiten,
 5. Einsatz von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern bei der Rehabilitation, die nicht über die jeweilige Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung und Qualifikation verfügen,

6. Abgabe von Leistungen durch Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, die nicht über die erforderliche Zusatzqualifikation für die Abgabe bestimmter Leistungen (z.B. Manuelle Therapie, Manuelle Lymphdrainage etc.) verfügen,
7. Bildung sog. "Ärztlicher Beteiligungsgesellschaften", die eine interessegebundene Verordnungstätigkeit des Arztes bewirken,
8. Zahlung von Vergütungen für Tätigkeiten und Dienstleistungen an Dritte, wie Vertragsärztinnen/Vertragsärzte, Krankenhausärztinnen/ Krankenhausärzte, stationäre Rehabilitationseinrichtungen mit dem Ziel einer direkten oder indirekten Zuweisung von Patientinnen/Patienten an die Rehabilitationseinrichtung,
9. strafbare Handlungen der Verantwortlichen der Rehabilitationseinrichtung (z. B. ärztliche/n Leiter/in, Geschäftsführung) wegen der Leistungserbringung nach diesem Vertrag.
10. Insolvenzverfahren, soweit die ordnungsgemäße Fortführung des Versorgungsvertrages nicht sichergestellt ist.

§ 16

Inkrafttreten, Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Versorgungsvertrag tritt am **xx.xx.xxxx** in Kraft. Er ist nicht auf Dritte übertragbar.
- (2) Die Anlagen sind Bestandteil des Vertrages.
- (3) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Versorgungsvertrages, einschließlich der Anlagen, bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform. E-Mail sowie elektronische Form nach §126 BGB/§127 Abs. 3 BGB wahren die Schriftform nicht.
- (4) Für die Kündigung des Versorgungsvertrages gelten die gesetzlichen Bestimmungen des § 111c Abs. 2 SGB V unbeschadet des § 15 Abs. 3 dieses Vertrages.
- (5) Bisher bestehende Verträge zwischen der Rehabilitationseinrichtung und den einzelnen Krankenkassenverbänden oder Krankenkassen über die Erbringung ambulanter Rehabilitationsleistungen nach § 40 Abs. 1 SGB V für gleiche Indikationsbereiche werden durch das Inkrafttreten dieses Versorgungsvertrages ungültig.

- (6) Der Versorgungsvertrag tritt außer Kraft, wenn die Rehabilitationseinrichtung ihren Betrieb einstellt, ein Trägerwechsel stattfindet oder das Insolvenzgericht die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens mangels Masse abweist.

§ 17

Salvatorische Klausel

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

Anlagen

1. Ärztlicher Verlängerungsantrag für ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen
2. Bewilligungs- und Abrechnungsvordruck
3. Leistungsdokumentationsbogen
- 4a. Abrechnungsregelungen gemäß § 301 SGB V gültig für AOK Bayern, BKK, KNAPPSCHAFT, IKK und SVLFG
- 4b. Abrechnungsregelungen gemäß § 301 SGB V für die Ersatzkassen
5. Belegungs- und Personalstatistik
6. Checkliste für den Abschluss eines Versorgungsvertrages
7. Auflistung des Ärzte- und Therapeutenteams

.....,

München,

.....
Stempel und Unterschrift des
Trägers der Rehabilitationseinrichtung

.....
AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

.....
BKK Landesverband Bayern

.....
KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion
München

.....
SVLFG als
Landwirtschaftliche Krankenkasse

.....
IKK classic

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