

Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortsspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 28.06.2022, gültig ab 01.11.2022

zwischen

dem Bayerischen Heilbäderverband e.V., Rathausstr. 8, 94072 Bad Füssing

- nachstehend Heilbäderverband genannt -

und

der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

dem BKK Landesverband Bayern

der KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

der IKK classic handelnd als Landesverband

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 Bayern

(im Folgenden vdek-Landesvertretung genannt)

Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 28.06.2022, gültig ab 01.11.2022

Präambel

Dieser Vertrag regelt alle Behandlungen mit kurortspezifischen Leistungen, individuellen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Kompaktkuren im Rahmen genehmigter ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten. Für alle im Rahmen einer ambulanten Vorsorgeleistung abgegebenen Heilmittel nach Anlage 2d gelten vollumfänglich die Regelungen des Bundesrahmenvertrages nach § 125 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung.

Die Prüfung, Anerkennung und Bescheidung für eine Abrechnungsberechtigung der jeweiligen Leistungsbereiche zu diesem Rahmenvertrag wird im Wege einer regionalen Aufgabenteilung nach dem Praxissitz bzw. Kurort - für alle gesetzlichen Krankenkassen in Bayern - durch die AOK Bayern und der vdek-Landesvertretung Bayern vorgenommen.

Weitere Informationen bezüglich der Zuständigkeit wie auch die Kontaktadressen können Sie der Protokollnotiz zu diesem Rahmenvertrag entnehmen.

§ 1

Umfang und Geltungsbereich

(1) Dieser Vertrag gilt:

1. Für die auf Seite 1 genannten Krankenkassen und Krankenkassenverbände in Bayern und die außerbayerischen Krankenkassen.
2. Die Mitglieder des Heilbäderverbandes, wenn sie die Anerkenniserklärung gemäß **Anlage 1, 1a** und/oder **1b** unterzeichnet haben und die Voraussetzungen der Satzung des Heilbäderverbandes nachgewiesen haben. Hierzu ist eine Bestätigung des Heilbäderverbandes erforderlich.
Die bearbeitende Stelle laut Protokollnotiz prüft, ob die Voraussetzungen nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 gegeben sind.
Eine aktuelle Mitgliederliste der Leistungserbringer wird der bearbeitenden Stelle laut Protokollnotiz vom Heilbäderverband regelmäßig zur Verfügung gestellt.
3. Für andere Leistungserbringer sind die Voraussetzungen dann gegeben, wenn sie die Anerkenniserklärung gemäß **Anlage 1, 1a** und/oder **1b** unterzeichnet haben und die Betriebe sich in einem anerkannten Heilbad, Kneippkurort, Kneippheilbad oder heilklimatischen Kurort befinden und die Voraussetzungen für die Anerkennung als Heilquellen-, Heilstollen-, oder Peloid-Kurbetrieb erfüllen.
Diese Voraussetzungen sind vom Antragsteller gegenüber der bearbeitenden Stelle laut Protokollnotiz nachzuweisen.

4. Zusätzlich gilt:

a) für die Leistungserbringer von Kompaktkuren:

Voraussetzung zur Erbringung von Kompaktkuren ist eine von dem bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe angesiedelten Anerkennungsausschuss genehmigte Kompaktkur.

Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortsspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 28.06.2022, gültig ab 01.11.2022

b) 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 im Besitz des Gütesiegels „Vorbildliche Gesundheitsförderung am Kurort“ sind, das personenbezogen ist.

Der Bayerische Heilbäderverband e.V. verpflichtet sich, die Leistungen der Inhaber des Gütesiegels laufend zu überprüfen.

(2) Dieser Vertrag regelt:

1. Die Voraussetzungen für die Behandlung von Versicherten der bayerischen Krankenkassen und des übrigen Bundesgebietes mit kurortsspezifischen Leistungen, individuellen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Kompaktkuren im Rahmen genehmigter ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (gemäß Abs. 1 Nr. 3).
2. Art und Umfang der abgegebenen Leistungen.
3. Rechte und Pflichten der Vertragsparteien.

§ 2

Zulassung / Abrechnungsbefugnis der Leistungserbringer

- (1) Voraussetzung für die Abgabe von Leistungen nach diesem Vertrag ist zum einen die Zulassung nach dem Bundesrahmenvertrag nach § 125 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung sowie die Erklärung der Anerkennung dieses Vertrages nach **Anlage 1, 1a** und/oder **1b**. Auf Grund von § 125 Abs. 7 SGB V findet § 124 Abs. 5 SGB V keine Anwendung.
- (2) Die Kurbetriebsunternehmen und die Kneippkurbetriebe, sowie die Leistungserbringer nach Schroth, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses zugelassen bzw. abrechnungsberechtigt sind, gelten in diesem Umfang weiterhin als zugelassen bzw. abrechnungsberechtigt, sofern sie dem Rahmenvertrag beigetreten sind und die Beitrittserklärung unterzeichnet haben.
- (3) Der Leistungserbringer ist ergänzend zu den im Bundesrahmenvertrag nach § 125 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung genannten Angaben verpflichtet, darüber hinaus der bearbeitenden Stelle laut Protokollnotiz seine Mitarbeiter unaufgefordert und unverzüglich bei Veränderungen zu melden, sowie deren Qualifikation/en und deren wöchentliche Arbeitszeit nachzuweisen. Zulassungs- und abrechnungsrelevante Veränderungen sind der bearbeitenden Stelle laut Protokollnotiz unter Vorlage der Qualifikationsnachweise innerhalb von 2 Wochen schriftlich mitzuteilen.

§ 3

Art und Umfang der abzugebenden Leistungen

(1) Für **kurortspezifische Leistungen und Kompaktkuren** gilt:

1. Den Versicherten dürfen Leistungen auf den dafür vorgesehenen Verordnungsvordrucken (keine Kurbüchlein), 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 Zugelassene 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. Für die in den **Anlagen 3a und 3b** aufgeführten Leistungen gelten die hierin geregelten Voraussetzungen.
5. Die Annahme von ärztlichen Verordnungen und die Ausführung der verordneten Leistungen nach Absatz 1 ist nur gestattet, wenn sich die Zulassung bzw. die Abgabe- und Abrechnungsbefugnis auf jede der verordneten Leistungen erstreckt.
Sofern der Vertragsarzt die Durchführung individueller Maßnahmen der Gesundheitsförderung für medizinisch notwendig erachtet, sind diese auf einem separaten Verordnungsformular (nach Absatz 1) 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 für die leistungspflichtige Krankenkasse.
6. 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.
7. In der Qualität der Behandlung ist kein Unterschied zwischen Versicherten der beteiligten Krankenkassen und Versicherten anderer Krankenkassen zu machen.
8. 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.

Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 28.06.2022, gültig ab 01.11.2022

9. Die Gruppenleitung ist gemäß dem Kurarztvertrag - in Verbindung mit dessen Anlage 1 Abschnitt D Nr. 3 „Behandlung in stabilen Gruppen“ – Bestandteil der Kompaktkur. Die Anforderungen an die Gruppenbetreuer sind in der **Anlage 6b** beschrieben.
10. Die Patienten-Gesprächsseminare sind gemäß des Kurarztvertrages - in Verbindung mit dessen Anlage 1 Abschnitt D Nr. 2 „Strukturierte Therapiekonzepte mit multidisziplinärem Ansatz“- Bestandteil der Kompaktkur. Die „Grundsätze und Beispiele der Leistungs-beschreibungen der Patienten-Gesprächsseminare“ sind in der **Anlage 6b** beschrieben.
11. Der Kur- bzw. Badearzt kann vor Ort feststellen, dass ein ambulanter Kurgast aus medizinisch notwendigen Gründen eine Kompaktkur durchführen soll. Dies ist mit dem als **Anlage 7** beigefügten Formular bei der zuständigen Krankenkasse innerhalb von 4 Arbeitstagen nach Feststellung schriftlich zu beantragen und genehmigen zu lassen. Diese Nachgenehmigung ist bei der Rechnungsstellung mit vorzulegen.
12. 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 ärztliche Verordnung hin Doppelbehandlungen durchgeführt werden. Danach gilt die vom Arzt im Feld „Verordnungsmenge“ angegebene Anzahl als Höchstmenge.

13. Die **Zuzahlung für kurortspezifische Leistungen, Anlage 2a** und Heilmittel, **Anlage 2d** beträgt gemäß § 61 Satz 3 SGB V derzeit zehn vom Hundert der Kosten sowie 10,00 EUR Verordnungsblattgebühr. Für die Leistungen gemäß **Anlage 2b und 2c** 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.

Sofern der behandelnde Arzt an einem Behandlungstag „getrennte“ Verordnungen ausstellt, ist hinsichtlich der Zuzahlung wie folgt zu verfahren:

Außer der 10%igen Zuzahlung hat der Versicherte die Verordnungsblattgebühr in Höhe von 10,00 EUR an den Leistungserbringer zu leisten, der die erste Originalverordnung für diese Vorsorgemaßnahme annimmt.

Dieser hat dem Versicherten die geleistete Zuzahlung gemäß § 61 Satz 4 SGB V kostenfrei zu quittieren.

Wird eine weitere Originalverordnung, die vom behandelnden Arzt am gleichen Tag wie die erste Verordnung ausgestellt wurde, für ein und dieselbe Vorsorgemaßnahme bei einem anderen Leistungserbringer eingereicht, so kann dieser unter Vorlage der Zahlungsquittung auf den Einzug der Verordnungsblattgebühr von 10,00 EUR verzichten.

Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 28.06.2022, gültig ab 01.11.2022

Der Verordnung ist bei der Abrechnung eine Kopie der Quittung beizufügen. Kann eine Quittung nicht vorgelegt werden, ist die Verordnungsblattgebühr in Höhe von 10,00 EUR in jedem Fall einzuziehen und mit dem Vergütungsanspruch zu verrechnen. Sollte es dadurch zu einer evtl. Überzahlung des Versicherten kommen, ist er zur Erstattung an seine Krankenkasse zu verweisen. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass die 10%ige Zuzahlung immer einzuziehen ist.

14. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung sind im Ausnahmefall möglich. Diese sind vor Behandlungsbeginn vom Kur- bzw. Badearzt mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe zu bestätigen.
15. Im Interesse einer effektiven und effizienten Behandlung hat der Leistungserbringer für jeden Patienten eine Verlaufsdocumentation 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 Bayerische Heilbäderverband die einschließlich des/der hier tätigen Gütesiegelinhaber vor Abgabe der Leistung meldet. Der Gütesiegelinhaber ist von der gemeldeten Institution (nachfolgend Leistungserbringer genannt) zu beschäftigen. Die gemeldete Institution haftet für die vertragsgemäße Abgabe der individuellen Maßnahmen (auch z.B. im Hinblick auf die Qualifikation des ggf. eingesetzten weiteren Personals und der Räumlichkeiten, in denen die Leistungen durchgeführt werden.)

Auf Anforderung sind der bearbeitende Stelle laut Protokollnotiz erforderliche Nachweise (z. B. Berufsurkunden, Planskizzen der Räumlichkeiten etc.) unentgeltlich zur Verfügung zu stellen.

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 e.V., **Anlage 6c** zu erbringen, sofern nichts Abweichendes vereinbart ist.

Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 28.06.2022, gültig ab 01.11.2022

Für die Durchführung individueller Maßnahmen der Gesundheitsförderung (Seminare) ist eine gesonderte ärztliche Verordnung, **Anlage 5** erforderlich.

Der verordnende Arzt und die die Leistung abgebende Institution, der für die Institution tätige Gütesiegelinhaber bzw. das abgebende Personal dürfen nicht identisch sein. Andere Leistungen, die in der Leistungsbeschreibung für individuelle Maßnahmen der Gesundheitsförderung nicht genannt sind, werden von den Krankenkassen auf Grund dieses Vertrages nicht erstattet.

3. Die Versicherten sind vor Seminarbeginn von dem Leistungserbringer darauf hinzuweisen, dass die Kostenübernahme der Krankenkasse die Teilnahme an allen vorgesehenen Unterrichtsstunden voraussetzt.
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. Die Institution stellt sicher, dass der Gütesiegelinhaber bzw. das abgebende Personal die durchgeführten Seminareinheiten je Teilnehmer pro Leistungserbringungstag dokumentiert.
Die Dokumentation enthält mindestens die durchgeführte Leistung, die Dauer der Unterrichtseinheiten und das durchführende Personal.
Die Dokumentation ist der zuständigen Krankenkasse auf Anforderung unentgeltlich vorzulegen.
 5. Für die Leistungen gemäß **Anlage 2c** 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 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, keine Kurbüchlein, 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.

Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 28.06.2022, gültig ab 01.11.2022

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 der zuständigen Krankenkasse nicht in Rechnung gestellt werden.

§ 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 Krankenkasse 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 Krankenkasse nichts Abweichendes ausgeführt ist – innerhalb von zwölf Wochen nach dem Genehmigungstag anzutreten. Die Kostenübernahmeerklärung ist nicht übertragbar.

- (3) Bei der **Kompaktkur** handelt es sich um eine spezielle, qualifizierte ambulante Kurform mit folgenden Merkmalen:
 - (a) Die Größe der Gruppe hat mindestens eine Stärke von 5 und darf maximal eine Stärke von 15 Personen haben
 - (b) Stabile Gruppen
 - (c) Festgelegte Termine
 - (d) Service einer Clearingstelle von der ersten Anfrage bis zur Kurnachsorge
 - (e) Hinführung zur Befähigung zu einem eigenverantwortlichen Gesundheitsverhalten
 - (f) Indikationsbezogener, interdisziplinärer Therapieplan mit gezielter, individueller Therapie
 - (g) Patientenschulung und Training von Alltagssituationen
 - (h) Ressourcenorientierte Gesundheitsförderung
 - (i) Interdisziplinärer Qualitätszirkel
 - (j) Kompetenzorientiertes Persönlichkeitstraining
 - (k) Potentialorientiertes Therapiekonzept unter Berücksichtigung der Salutogenese

Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 28.06.2022, gültig ab 01.11.2022

§ 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 8**) erfüllt wird.
Der Nachweis über das Qualitätsmanagement ist alle zwei Jahre, erstmals zum **30.06.2024** zu erbringen. Der Nachweis ist auf Anforderung der bearbeitenden Stelle laut Protokollnotiz oder des Bayerischen Heilbäderverbandes innerhalb eines Monats zu erbringen.
- (2) Erfüllt der nach diesem Vertrag abgabeberechtigte Leistungserbringer das vereinbarte Qualitätsmanagement nicht fristgerecht nach **Anlage 8**, 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-) interne Qualitätsmanagement für die Erbringung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V auf Bundesebene diese automatisch auch für Leistungserbringer von kurortspezifischen Leistungen und Kompaktkuren gelten.

Die **Anlage 8** wird von den Vertragspartnern ggf. auch während der Laufzeit dieses Rahmenvertrages aktualisiert.

- (4) Zwischen den Vertragspartnern besteht Einigkeit, zukünftig eine „Prüfvereinbarung zur Umsetzung des (einrichtungs-) internen Qualitätsmanagements für die Erbringung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V“ in den Rahmenvertrag als Anlage zu implementieren.

Die Prüfvereinbarung soll die Regelungen zum „internen Qualitätsmanagement“ konkretisieren. Sie regelt insbesondere die Verfahrensweise bei Fällen, in denen der Nachweispflicht gemäß Abs. 1 und 2 nicht nachgekommen wurde.
Sie soll auch Regelungen über das Verfahren in Streitfällen und über Sanktionierungen enthalten.

§ 6

Wahl des Behandlers

Den Versicherten steht die Wahl unter den zugelassenen / abrechnungsberechtigten Leistungserbringern an dem in der Genehmigung der Krankenkasse genannten, anerkannten Kurorten gemäß § 1 Abs. 1, Nr. 3 frei. Die Krankenkassen beeinflussen diese freie Wahl nicht.

Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 28.06.2022, gültig ab 01.11.2022

§ 7

Vergütung

- (1) Kurortspezifische Leistungen werden nach **Anlage 2a** vergütet. Die Leistungen für die Gruppenleitung und der Patienten-Gesprächsseminare im Rahmen von Kompaktkuren werden nach **Anlage 2b** und die individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung nach **Anlage 2c** vergütet. Die Preise gelten auch für Versicherte außerbayerischer Krankenkassen. Für die im Rahmen genehmigter ambulanter Vorsorgeleistungen abgegebenen Heilmittel gelten die jeweils aktuellen Preise des Bundesrahmenvertrages nach § 125 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung, **Anlage 2d**.
- (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 den **Anlagen 4a bzw. 4b**.
- (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, 2c, 2d** und **3a** und **3b** zu verwenden.

§ 9

Statistiken

- (1) Die Leistungserbringer von Kompaktkuren verpflichten sich, jeweils nach einem Jahr eine Dokumentation vorzulegen, die unter anderem folgende Angaben enthält:

Anzahl der innerhalb eines Jahres
 - erbrachten Gesprächsseminare und deren Teilnehmerzahl
 - gebildeten Gruppen und deren jeweilige Teilnehmerzahl und
 - die Auswertung von Patientenfragebogen.
- (2) Die Leistungserbringer von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung liefern jährlich eine Statistik über die Zahl der durchgeführten Seminare und der Teilnehmer.

Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 28.06.2022, gültig ab 01.11.2022

§ 10

Datenschutz

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

§ 11

Beendigung und Widerruf der Zulassung / Abrechnungsbefugnis

Die Abrechnungsbefugnis zur Erbringung von Leistungen nach diesem Vertrag endet mit Beendigung der Zulassung nach § 124 SGB V.

Dies gilt nicht für Anerkenniserklärungen nach der **Anlage 3a**, Kneippkurbetriebe und Anerkenniserklärungen nach der **Anlage 3b**, Leistungserbringer nach Schroth.

§ 12

Vertragserfüllung, Vertragsverstöße

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

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

- (2) Die Leistungserbringer und gegebenenfalls der Heilbäderverband haben alle Veränderungen, die das Vertragsverhältnis berühren, der bearbeitenden Stelle laut Protokollnotiz 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.

Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 28.06.2022, gültig ab 01.11.2022

§ 14

Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt mit Wirkung vom **01.11.2022** in Kraft.
Die **Anlagen 1 bis 8**, nebst **Protokollnotiz** sind Bestandteil des Vertrages.
- (2) Dieser Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendermonats, **frühestens jedoch zum 31.12.2024** 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.
- (3) Mit Inkrafttreten dieses Vertrages verliert der gekündigte bisherige Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 03.02.2012 (gültig ab 01.07.2012) seine Gültigkeit.
- (4) *Es besteht Einigkeit zwischen den Vertragspartner, dass es aufgrund des neuen Rahmenvertrages für Betriebe/Leistungserbringer, die bereits zum Stichtag 31.10.2022 den Vertragsbeitritt erklärt haben, keines neuen Beitrittsverfahrens bedarf.*
- (5) Die **Vergütungsvereinbarungen (Anlagen 2a, 2b und 2c)** können unabhängig vom Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Schluss eines Kalendermonats, **frühestens jedoch zum 31.12.2024**, schriftlich gekündigt werden.

Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 28.06.2022, gültig ab 01.11.2022

München, den 26.10.2022

.....
AOK Bayern, Die Gesundheitskasse

.....
Bayer. Heilbäderverband e. V. Bad Füssing

.....
BKK Landesverband Bayern

.....
KNAPPSCHAFT,
Regionaldirektion München

.....
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

.....
IKK classic

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

Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 28.06.2022, gültig ab 01.11.2022

Anlagen

Protokollnotiz

Anlage 1 Beitrittserklärung zugelassene Praxen

Anlage 1a Beitrittserklärung Leistungserbringer nach Kneipp

Anlage 1b Beitrittserklärung Leistungserbringer nach Schroth

Anlage 2a Vergütung kurortspezifische Leistungen

Anlage 2b Vergütung Kompaktkur

Anlage 2c Vergütung individuelle Maßnahmen zur Gesundheitsförderung

Anlage 2d Vergütung physikalische Therapie

Anlage 3a Kneippkurbetriebe

Anlage 3b Schrothkurpacker

Anlage 4a Abrechnungsregelungen AOK, BKK, IKK classic, SVLFG, KNAPPSCHAFT

Anlage 4b Abrechnung vdek

Anlage 5 Verordnungsvordruck

Anlage 6a Leistungsbeschreibung kurortspezifische Leistungen

Anlage 6b Leistungsbeschreibung Kompaktkur

Anlage 6c Leistungsbeschreibung individuelle Maßnahmen

Anlage 7 Umwidmung Kompaktkur

Anlage 8 Qualitätsmanagement

Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 28.06.2022, gültig ab 01.11.2022

Protokollnotiz zur Präambel des Rahmenvertrages über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 in der Fassung vom 28.06.2022, **gültig ab 01.11.2022**

Leistungserbringer im Rahmen genehmigter ambulanter Vorsorgeleistungen (kurortspezifische Leistungen, Kompaktkuren und individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung) senden Ihnen

- Antrag auf Abgabe- und Abrechnungsberechtigung, zusammen mit der
- Beitrittserklärung zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V und der
- ggf. begleitend erforderlichen Unterlagen

entsprechend dem Praxissitz / Kurort - an nachfolgende Stellen:

- **Oberbayern - Niederbayern - Oberpfalz:**

AOK Bayern - DLZ Heilmittel
Wackersdorfer Str. 36a, 92421 Schwandorf

- **Oberfranken - Mittelfranken – Unterfranken - Schwaben:**

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) - Landesvertretung Bayern
Arnulfstr. 201 a, 80634 München

Etwaige Änderungen in der Zuständigkeit können jederzeit vollzogen werden; Einer Anpassung im Rahmenvertrag bedarf es hierzu nicht.