

# Versorgungsvertrag zur mobilen Erbringung von Leistungen der 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),  
Arnulfstraße 201a, 80634 München

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern

(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 mobile Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation - einschließlich Anschlussrehabilitation - 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 Gemeinsamen Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation in der jeweils gültigen Fassung.
- (3) Die Rehabilitationseinrichtung verfügt über ein strukturiertes medizinisches Rehabilitationskonzept, das den spezifischen Anforderungen der Gemeinsamen Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation bezüglich der in § 2 dieses Versorgungsvertrages aufgeführten Indikationen entspricht und mit den Krankenkassenverbänden 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 verbunden. Nach dem Sozialgesetzbuch V bestimmt die Krankenkasse nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und

Durchführung 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 Gemeinsamen Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation 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 Leistungsbewilligung

- (1) Die mobile Erbringung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation setzt eine ärztliche Verordnung der/des behandelnden Vertragsarztes/Vertragsärztin voraus. Die Antragstellung, Verordnung und Leistungsbewilligung bei der mobilen Rehabilitation entsprechen den Grundsätzen zum Reha-/AR-Verfahren der Krankenkassen. Mobile Rehabilitation kann auch als Anschlussrehabilitation erbracht werden. Die Besonderheiten im Antrags- und Ordnungsverfahren zur geriatrischen Rehabilitation sind zu berücksichtigen.

Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls sowie unter Berücksichtigung der berechtigten Wünsche des Patienten Art, Dauer, Umfang und Beginn der Rehabilitationsleistung.

- (2) Der Abschluss privatrechtlicher Vereinbarungen der Rehabilitationseinrichtung mit der/dem Versicherten über die Abrechnung verordneter Leistungen im Rahmen der mobilen geriatrischen Rehabilitation 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.
- (5) Auf Grundlage der vorliegenden Diagnostik und gemeinsam zwischen dem Arzt und Rehabilitanden, möglichst auch unter Einbezug der pflegenden An- und Zugehörigen, abgestimmten individuellen Teilhabeziele ist ein detaillierter Rehabilitationsplan zu erstellen. Dieser orientiert sich an einer langfristigen Strategie zur Bewältigung der krankheits- und behinderungsbedingten Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit. Er ist vom Arzt auch unter Mitwirkung der anderen Mitglieder des Rehabilitationsteams zu erstellen und im Laufe der Behandlung der aktuellen Situation anzupassen. Wöchentliche Besprechungen des Rehabilitationsteams dienen dabei der gemeinsamen Verlaufsbeurteilung. Relevante Inhalte dieser Besprechungen einschließlich der Änderungen im Bereich der Schädigungen, Aktivitäten und der Teilhabe sind zu dokumentieren. Der Rehabilitand und ggf. seine An- und Zugehörigen sind bei der Erstellung des Rehabilitationsplans bzw. der Anpassung zu beteiligen.

Zur Erstellung eines Rehabilitationsplans gehört auch die Berücksichtigung der im Rehabilitationsverlauf ggf. erkannten Problemlagen und entsprechender Lösungsmöglichkeiten durch weiterführende Maßnahmen, unter anderem:

- die Beratung bei einer notwendigen Wohnungsanpassung,
- bei der Auswahl von Hilfsmitteln und
- bei der Gestaltung der häuslichen Versorgung und Pflege sowie
- Kontaktherstellung zu relevanten Selbsthilfegruppen.

- (6) Unter dem Gesichtspunkt einer individualisierten und ergebnisorientierten mobilen geriatrischen Rehabilitation ist nach vorheriger Genehmigung durch den Rehabilitationsträger in begründeten Fällen eine Verlängerung möglich, und zwar bei Verzögerung im Erreichen des Rehabilitationsziels, bei weiterbestehender Rehabilitationsfähigkeit und positiver Rehabilitationsprognose.

Verlängerungsanträge sind rechtzeitig zu stellen und medizinisch unter Darlegung des bisherigen Therapieverlaufs zu begründen. Die medizinische Notwendigkeit zur Verlängerung einer mobilen Rehabilitationsleistung ergibt sich aus denselben Kriterien, die für die Einleitung solcher Leistungen maßgebend sind. Aktuelle Ergebnisse sind beizufügen.

Im Verlängerungsantrag ist der bisherige Rehabilitationsverlauf nachvollziehbar zu beschreiben. Es ist zu begründen, warum das primär formulierte alltagsrelevante Rehabilitationsziel bislang durch die genannten Therapien nicht erreicht werden konnte und warum das Rehabilitationsteam davon ausgeht, dass das Rehabilitationsziel im beantragten Zeitraum sehr wahrscheinlich erreicht werden kann. Die weiter notwendigen Therapie- und Leistungseinheiten sind aufzuführen.

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/Beendigung der Rehabilitation**

- (1) Leistungen der mobilen medizinischen Rehabilitation kommen nicht in Betracht, wenn Ausschlusskriterien nach den Gemeinsamen Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation vorliegen.
  
- (2) Die mobile geriatrische 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, das Rehabilitationsziel erreicht wurde oder nicht erreichbar ist oder die Indikationskriterien für die Rehabilitation nicht mehr erfüllt sind.
  
- (3) Nach Beendigung der mobilen Rehabilitation erhält der Rehabilitand einen Entlassungsbericht innerhalb von zwei Wochen mit Angaben entsprechend der Gemeinsamen Empfehlung zur mobilen Rehabilitation.

Liegt zum Zeitpunkt der Entlassung noch kein endgültiger Entlassungsbericht vor, sind dem Versicherten vorab relevante Informationen insbesondere zur Nachbehandlung mitzugeben.

## **§ 6**

### **Leistungsumfang/Bestandteile der Vergütung**

- (1) Die Behandlungsdauer je Therapieeinheit sowie die Behandlungsintervalle je Woche sind in einer separaten "Vergütungsvereinbarung" festzulegen.  
Die Dauer der mobilen geriatrischen Rehabilitation beträgt in der Regel 20 Behandlungstage und beinhaltet mindestens 30 Therapieeinheiten. Pro Behandlungstag sind mindestens eine Therapieeinheit à 45 Minuten und durchschnittlich 5 Therapieeinheiten pro Woche zu erbringen.  
Unter dem Gesichtspunkt einer Flexibilisierung des zeitlichen Ablaufs der mobilen geriatrischen Rehabilitation bei gleichwertigem Rehabilitationsprogramm können die unterschiedlichen Rehabilitationskomponenten zum Erreichen des Rehabilitationszieles ggf. über einen längeren Zeitraum gestreckt erbracht werden, wenn es die individuelle Situation des Rehabilitanden erfordert.

- (2) Die Rehabilitationseinrichtung übernimmt während der Leistungserbringung nach diesem Versorgungsvertrag die notwendige fachärztliche Versorgung für die Indikationen, für die die mobile geriatrische 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 mobilen geriatrischen Rehabilitation unberührt.
- (3) Die Rehabilitationseinrichtung stellt die Fahrt zur Patientin/zum Patienten als Sachleistung sicher. Die hierfür der Rehabilitationseinrichtung entstehenden Kosten sind mit dem Vergütungssatz für die mobile geriatrische Rehabilitationsleistung täglich abgegolten.
- (4) Bestandteil der Leistungen zur mobilen geriatrischen 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, enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern:innen). 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 Versorgungsvertrag vorgesehen sind.

## **§ 7**

### **Abgabe der Leistungen**

- (1) Die Leistungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation werden nur von solchen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Rehabilitationseinrichtung erbracht, die die notwendige Qualifikation entsprechend den Gemeinsamen Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation nachgewiesen haben.
- (2) Entsprechend der für die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen vorgesehenen Platzzahl der Rehabilitationseinrichtung ist vollständig qualifiziertes Personal nach den Gemeinsamen Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation vorzuhalten

(siehe auch Anlage 6). Die entsprechend der Gemeinsamen Empfehlungen 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.

Für eine mobile 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, regelmäßige interne und externe Fort- und Weiterbildungen durchzuführen und entsprechend zu dokumentieren.
- (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-  
einbarung zur externen Qualitätssicherung und zum einrichtungsinternen Qualitäts-  
management in der stationären und ambulanten Rehabilitation und stationären Vor-  
sorge nach §137d Abs. 1, 2 und 4 SGB V“ in der jeweils gültigen Fassung verwie-  
sen.
- (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 Medizinischen Dienst (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)

- (9) Die mobile Rehabilitationseinrichtung verpflichtet sich, die als Anlage beigefügte Basisdokumentation zu senden an das:

Kompetenz-Centrum Geriatrie  
Hammerbrookstr. 5  
20097 Hamburg.

## **§ 10**

### **Beurlaubung**

- (1) Mit der Notwendigkeit einer Leistung zur mobilen geriatrischen 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 mobilen geriatrischen 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 mobilen geriatrischen 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) Bis zur Umsetzung der maschinellen Abrechnung nach § 301 Abs. 4 SGB V ist Abrechnungsgrundlage die Abrechnung nach § 302 SGB V mit den sonstigen Leistungserbringern. Hierzu wird auf die Anlage 4c und 4d „Abrechnungsregelungen“ verwiesen.
- (2) Mit Umstellung des Datenträger austauschs von § 302 SGB V auf § 301 Abs. 4 SGB V erfolgt die Abrechnung nach Anlage 4a und 4b.
- (3) Die Rehabilitationseinrichtung wird nach schriftlicher Aufforderung durch eine Krankenkasse die Abrechnung für diese Krankenkasse von § 302 SGB V auf § 301 SGB V nach einer angemessenen Übergangszeit umstellen. 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) Der Leistungserbringer ist aufgrund Gesetzes verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG bzw. KDG oder DSG-EKD) einzuhalten.
- (2) Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit entsprechend Art. 32 EU- DSGVO und insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten.
- (3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekanntwerdenden 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) Der Leistungserbringer 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) Der Leistungserbringer 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 Medizinischen Dienst (MD) und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich 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 mobilen geriatrischen 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. wiederholte Behandlung vertragsfremder Indikationen,
  3. Nichtmeldung von vertragsrelevanten Personalveränderungen sowie Änderungen der Räumlichkeiten,
  4. Einsatz von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern bei der Rehabilitation, die nicht über die jeweilige Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung und Qualifikation verfügen,

5. Abgabe von Leistungen durch Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, die nicht über die erforderliche Zusatzqualifikation für die Abgabe bestimmter Leistungen (z.B. Manuelle Lymphdrainage etc.) verfügen,
6. Bildung sog. "Ärztlicher Beteiligungsgesellschaften", die eine interessengebundene Verordnungstätigkeit des Arztes bewirken,
7. 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,
8. strafbare Handlungen der Verantwortlichen der Rehabilitationseinrichtung (z. B. ärztliche/n Leiter/in, Geschäftsführung) wegen der Leistungserbringung nach diesem Vertrag,
9. 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 mobilen Rehabilitationsleistungen nach § 40 Abs. 1 SGB V für gleiche Indikationsbereiche werden durch das Inkrafttreten dieses Versorgungsvertrages ungültig.

- (6) Der Versorgungsvertrag endet zum xx.xx.xxxx , wenn nach den Übergangsregelungen der Umsetzungshinweisen vom 01.05.2010, die Einrichtung nicht nachweist, dass sie organisatorisch und wirtschaftlich getrennt von der ambulanten oder stationären Rehabilitationseinrichtung geführt wird und über eigenes Personal und eigene Räumlichkeiten verfügt. Dies ist der ARGE bis zum xx.xx.xxxx schriftlich mitzuteilen.
- (7) 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
- 4c. Abrechnungsregelungen gemäß § 302 SGB V gültig für AOK Bayern, BKK, KNAPPSCHAFT, IKK und SVLFG
- 4d. Abrechnungsregelungen gemäß § 302 SGB V für die Ersatzkassen
5. Belegungs- und Personalstatistik
6. Checkliste für den Abschluss eines Versorgungsvertrages
7. Auflistung des Ärzte- und Therapeutenteams
8. Dokumentationsbogen

....., .....

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