

## **Anlage 4**

### **Vereinbarung**

#### **über die Versorgung mit Heilmitteln der Anthroposophischen Medizin (nachfolgend Heilmittel)**

zwischen

dem

**Berufsverband Heileurythmie e.V. (BVHE),**  
Roggenstraße 82, 70794 Filderstadt  
vertreten durch den Vorstand  
- nachfolgend BVHE bzw. Berufsverband -

und dem

**Berufsverband für Anthroposophische Kunsttherapie e.V. (BVAKT),**  
Am Hessenberg 34, 58313 Herdecke  
vertreten durch den Vorstand  
- nachfolgend BVAKT bzw. Berufsverband -

und dem

**Berufsverband Rhythmische Massage e.V. (BVRM),**  
Roggenstraße 82, 70794 Filderstadt  
vertreten durch den Vorstand  
- nachfolgend BVRM bzw. Berufsverband -

sowie den

**beigetretenen gesetzlichen Krankenkassen**

## **§ 1**

### **Vertragsgegenstand/ -grundlage/-geltungsbereich**

1. Diese Vereinbarung ist als Anlage zugleich Bestandteil eines Vertrages zur Durchführung Integrierter Versorgung nach §§ 140 a ff. SGB V über die ärztliche Versorgung mit Anthroposophischer Medizin vom 01.07.2006.
2. Diese Vereinbarung regelt die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der beigetretenen Krankenkassen mit nicht-ärztlichen Therapieverfahren der Anthroposophischen Medizin (Heilmittel) nach § 32 Abs. 1 SGB V sowie die Vergütung der Leistungen und deren Abrechnung gemäß der Anlage zu diesem Vertrag mit dem Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche Versorgung zu erreichen.
3. Grundlage dieser Vereinbarung sind §§124 ff SGB V in analoger Anwendung.
4. Diese Vereinbarung wird unter analoger Berücksichtigung der Heilmittel-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V geschlossen. Dortige Änderungen mit Folgewirkung für diesen Vertrag erfordern dessen unverzügliche Anpassung.
5. Der Geltungsbereich dieser Vereinbarung erstreckt sich auf die bundesweite Versorgung anspruchsberechtigter Versicherter der beigetretenen Krankenkassen mit Heilmitteln durch von den vertragsschließenden Berufsverbänden zugelassene Heilmittelerbringer.

## **§ 2**

### **Grundsätze der Leistungserbringung**

1. Heilmittel nach dieser Vereinbarung werden auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung von speziell ausgebildeten Therapeuten erbracht. Die Erstverordnung des Vertragsarztes bedarf der Genehmigung durch die beigetretene Krankenkasse; es sei denn, die beigetretene Krankenkasse verzichtet. Der Verzicht ist schriftlich dem Leistungserbringer gegenüber auszusprechen. Die Leistungserbringung nach dieser Vereinbarung setzt eine Zulassung des Leistungserbringers durch den jeweiligen Berufsverband (BVAKT, BVHE, BVRM) voraus. Die Durchführung einer Behandlung darf nur von hierfür analog den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V qualifizierten Therapeuten und in nach § 124 Abs. 2 SGB V zugelassenen Praxen erfolgen.
2. Der zugelassene Leistungserbringer erbringt die Leistung persönlich oder lässt diese entsprechend diesem Vertrag durch nach den Richtlinien der zulassenden Berufsverbände qualifizierte Mitarbeiter durchführen. Der zugelassene Leistungserbringer ist verpflichtet, ärztlich verordnete Hausbesuche durchzuführen bzw. durch Mitarbeiter sicherzustellen, sofern er der nächstgelegene Zugelassene ist.

### **§ 3**

#### **Wahl des Heilmittelerbringers**

1. Den Versicherten der beigetretenen Krankenkasse steht die Wahl unter den zugelassenen Heilmittelerbringern frei. Sie dürfen in dieser Wahl nicht beeinflusst werden.
2. Die beigetretene Krankenkasse gibt ihren Versicherten auf Anfrage oder in sonst geeigneter Weise die Adressen der zugelassenen Leistungserbringer bekannt, die an der Versorgung auf der Basis dieser Vereinbarung mitwirken.
3. Werbung für die im Rahmen dieser Vereinbarung zu erbringenden Leistungen, die insbesondere gegen das Wettbewerbsrecht oder das Heilmittelwerberecht verstößt, ist nicht zulässig.

### **§ 4**

#### **Datenschutz**

1. Personenbezogene Daten darf der Heilmittelerbringer nur zur Erfüllung der sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Aufgaben erheben, verarbeiten, bekannt geben, zugänglich machen oder sonst nutzen.
2. Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen und unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber dem behandelnden Vertragsarzt, der beigetretenen Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben und der Aufgaben nach diesem Vertrag erforderlich sind. Der Heilmittelerbringer hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten und diese in geeigneter Weise durch interne Maßnahmen sicherzustellen.
3. Die §§ 35, 37 SGB I, § 284 SGB V sowie die §§ 67 bis 85 SGB X sind zu beachten.

### **§ 5**

#### **Leistungsbeschreibung**

1. Von den Heilmitteln der Anthroposophischen Medizin können in der Regel zwei Therapiezyklen pro Jahr je Versicherten verordnet werden. Medizinisch indiziert kann je Versicherten in der Regel zweimal pro Jahr zusätzlich ein Therapiezyklus rhythmischer Massage und rhythmischer Bewegungsbäder verordnet werden.

- a. Heileurythmie (BVHE)®  
Heileurythmie (BVHE)® wird als Einzeltherapie in Einheiten von 45 Minuten Dauer in der Regel einmal wöchentlich erbracht. Ein Zyklus umfasst maximal 12 Therapieeinheiten.
  - b. Anthroposophische Kunsttherapie (BVAKT) ®  
Anthroposophische Kunsttherapie (BVAKT)® wird als Einzeltherapie in Einheiten von 45 Minuten in der Regel einmal wöchentlich erbracht. Vor der ersten Therapie findet jeweils eine Sitzung zur kunsttherapeutischen Anamneseerhebung sowie zur Diagnostik statt. Der erste Therapiezyklus hat 10 Sitzungen. Folgezyklen haben 12 Sitzungen. Neben Einzeltherapien werden auch „Einzeltherapien in der Gruppe“ (maximal 3 Teilnehmer) sowie Gruppentherapien (ab 4 Teilnehmer) durchgeführt.
  - c. Rhythmische Massage und Rhythmische Bewegungsbäder  
Rhythmische Massagen werden als Einzeltherapie in Einheiten von 40 Minuten in der Regel einmal wöchentlich erbracht. Ein Therapiezyklus umfasst maximal 12 Sitzungen.
2. Der zugelassene Heilmittelerbringer hat für jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdocumentation zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben.
  3. Im Interesse einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Heilmitteln kooperieren der zugelassene Leistungserbringer und seine Mitarbeiter mit dem verordnenden Vertragsarzt.

## **§ 6 Maßnahmen der Qualitätssicherung**

1. Der zugelassene Leistungserbringer ist verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen entsprechend der Regelung des jeweiligen Berufsverbandes zu beteiligen.
2. Die beigetretenen Krankenkassen sind jederzeit berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Pflichten zu überprüfen.

## **§ 7 Strukturqualität**

Die Strukturqualität umfasst insbesondere die organisatorischen, personellen, räumlichen und sächlichen Voraussetzungen für das Therapiegeschehen.

## **§ 8**

### **Organisatorische Voraussetzungen**

1. Der zugelassene Leistungserbringer/fachliche Leiter hat als Behandler ganztägig in seiner Praxis zur Verfügung zu stehen oder die qualifizierte Durchführung der Behandlung der Anspruchsberechtigten in seiner Praxis sicherzustellen. Hiervon ausgenommen sind Zeiten von Krankheit, Urlaub oder berufliche Fortbildung bis zur Dauer von 8 Wochen pro Jahr.
2. Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, den zulassenden Stellen innerhalb von zwei Wochen seine Mitarbeiter zu benennen sowie deren Qualifikation/en nachzuweisen. Zulassungsrelevante Personalveränderungen sind unverzüglich mitzuteilen.
3. Die Einhaltung der Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie der nach dem MPG relevanten Verordnungen (z.B. Betreiberverordnung und Medizingeräteverordnung) und der Unfallverhütungsvorschriften sind vom Heilmittelerbringer und von dessen Mitarbeitern zu beachten.
4. Der Heilmittelerbringer haftet für die Tätigkeit sämtlicher Mitarbeiter in gleichem Maße wie für die eigene Tätigkeit gegenüber den Versicherten und der beigetretenen Krankenkasse nach den Bestimmungen des BGB.
5. Der Heilmittelerbringer hat eine Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung in ausreichender Höhe abzuschließen.

## **§ 9**

### **Vertretung**

1. Der zugelassene Leistungserbringer/fachliche Leiter kann bis zur Dauer von sechs Monaten bei Verhinderung durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung sowie bei Schwangerschaft/Mutterschaft entsprechend der Dauer des Mutterschutzes/der Elternzeit nach dem Mutterschutzgesetz/Bundeserziehungsgeldgesetz in seiner Praxis vertreten werden. Der Heilmittelerbringer hat die Personalien des Vertreters, dessen fachliche Qualifikation und die voraussichtliche Dauer der Vertretung mitzuteilen. Der Vertreter muss die Voraussetzungen analog zum § 124 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGB V erfüllen und gegenüber seinem zulassenden Berufsverband nachweisen.
2. Im übrigen bedürfen Vertretungen für länger als sechs Monate der Genehmigung durch den Berufsverband und sind vom Heilmittelerbringer grundsätzlich sechs Wochen im voraus zu beantragen. Absatz 1 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.
3. Der Heilmittelerbringer haftet grundsätzlich für die Tätigkeit des Vertreters mit.

## **§ 10**

### **Prozessqualität**

1. Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Therapieprozesse.
2. Zur Sicherung der Prozessqualität hat der Leistungserbringer insbesondere folgendes zu gewährleisten:
  - Kooperation zwischen Heilmittelerbringer und verordnendem Vertragsarzt,
  - Orientierung der Behandlung an der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik), am Therapieziel und an der Belastbarkeit des Versicherten,
  - Anwendung des verordneten Heilmittels
  - Behandlung gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. § 5),
  - Dokumentation des Behandlungsverlaufs gemäß Absatz 4.
3. Der Heilmittelerbringer sollte entsprechend den therapeutischen Erfordernissen bereit sein,
  - eine Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Behandlung Beteiligten herbeizuführen,
  - Patienten und deren Angehörige im Einzelfall zu beraten und
  - sich z.B. an Case-Managements und an Qualitätszirkeln (insbesondere auch mit Ärzten) zu beteiligen.
4. Der Heilmittelerbringer hat für jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdokumentation entsprechend der Leistungsbeschreibung zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben.

## **§ 11**

### **Ergebnisqualität**

Ergebnisqualität ist als Zielerreichungsgrad durch Maßnahmen der Heilmittelbehandlung zu verstehen. Im Behandlungsverlauf ist das Ergebnis der Heilmittelbehandlung anhand der Therapieziele in Abgleich zu den verordneten und durchgeführten Heilmittelleistungen regelmäßig zu überprüfen. Zu vergleichen ist die Leitsymptomatik bei Beginn der Behandlungsserie mit dem tatsächlich erreichten Zustand am Ende der Behandlungszyklen unter Berücksichtigung des Therapieziels gemäß der ärztlichen Verordnung sowie des Befindens und der Zufriedenheit des Versicherten.

## **§ 12**

### **Aufbewahrungsfrist**

Die Verlaufsdocumentation nach § 10 Abs. 4 ist 3 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungszyklen abgeschlossen wurden, aufzubewahren. Der Leistungserbringer hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten (vgl. § 4).

## **§ 13**

### **Inhalt und Umfang der Kooperation**

1. Der die Verordnung ausführende Heilmittelerbringer und seine Mitarbeiter haben im Interesse einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Heilmitteln mit dem verordnenden Vertragsarzt eng zusammenzuwirken (vgl. § 5 Abs. 4).
2. Dies setzt voraus, dass zwischen dem Arzt, der das bei der Auswahl des Heilmittels der Anthroposophischen Medizin definierte Therapieziel zur Grundlage seiner Verordnung gemacht hat, und dem Heilmittelerbringer, der für die Durchführung der verordneten Leistung verantwortlich ist, eine Kooperation sichergestellt ist. Dies gilt für den Beginn, die Durchführung und den Abschluss der Therapiezyklen.
3. Der Heilmittelerbringer darf den Vertragsarzt nicht in seiner Verordnungsweise beeinflussen.
4. Für den Beginn der Heilmittelerbringung gilt folgendes:
  - Ergibt sich aus der Befunderhebung durch den Heilmittelerbringer, dass die Erreichung des vom verordnenden Vertragsarzt benannten Therapieziels durch eine andere Maßnahme besser erreicht werden kann, hat der Heilmittelerbringer darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren. Er kontaktiert ebenfalls den Vertragsarzt, um eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans abzustimmen und ggfs. eine neue Verordnung zu erhalten.
5. Für die Durchführung der Heilmittelerbringung gilt folgendes:
  - Sind auf dem Verordnungsblatt Angaben zur Frequenz der Heilmittelbehandlung gemacht, ist eine Abweichung davon nur zulässig, wenn zuvor zwischen dem Heilmittelerbringer und dem Vertragsarzt ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung ist vom Heilmittelerbringer auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.
  - Wird im Verlauf der Heilmittelbehandlung das angestrebte Therapieziel vorzeitig erreicht, ist die Behandlung zu beenden.

6. Für den Abschluss der Heilmittelerbringung gilt folgendes:

- Der Heilmittelerbringer unterrichtet den behandelnden Vertragsarzt jeweils gegen Ende eines Behandlungszyklus schriftlich über den Stand der Therapie.
- Eine prognostische Einschätzung hinsichtlich der Erreichung des Therapieziels sowie ggfs. aus dem Behandlungsverlauf resultierende Vorschläge zur Änderung des Therapieplans sind abzugeben, sofern der Heilmittelerbringer die Fortsetzung der Therapie für erforderlich hält.

7. Der Heilmittelerbringer darf die Behandlung eines Versicherten in begründeten Einzelfällen nach Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt ablehnen.

## **§ 14**

### **Verordnung**

1. Diagnose, Leitsymptomatik, ggfs. Spezifizierung des Therapieziels, Art, Anzahl und ggfs. Frequenz der Leistungen ergeben sich aus der vom Vertragsarzt ausgestellten Verordnung.
2. Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
3. Die Leistungserbringung hat spätestens 4 Wochen nach ihrer Verordnung zu beginnen.
4. Die abgegebene Leistung ist von dem Heilmittelerbringer auf der Rückseite der Verordnung eindeutig zu bezeichnen. Die empfangene Leistung ist am Tage der Leistungsabgabe vom Patienten durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Vordatierungen, Rückdatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig.

## **§ 15**

### **Wirtschaftlichkeit**

1. Kriterien einer wirtschaftlichen Leistungserbringung sind insbesondere:
  - Abstimmung der Ergebnisse der therapeutischen Befunderhebung mit der ärztlichen Therapiezieldefinition unter Berücksichtigung des verordneten Heilmittels;
  - Anwendung des verordneten Heilmittels gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. § 5);
  - Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt (vgl. § 13 Abs. 5 und 6);
  - Fristgerechter Behandlungsbeginn;

- An Status/Zustand angepasste Regelbehandlungszeit je Therapieeinheit;
- Behandlungsdauer bis zur Erreichung des Therapieziels;
- Behandlungsfrequenz;
- Status/Zustand und Kooperation des Patienten.

## § 16

### **Wirtschaftlichkeitsprüfung**

1. Die beigetretene Krankenkasse kann Maßnahmen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 16 Abs. 2 einleiten. Der jeweilige Berufsverband kann solche Maßnahmen beantragen. Näheres muss in einer Prüfvereinbarung zwischen den Vertragsparteien dieser Vereinbarung festgelegt werden, die dann Bestandteil dieser Vereinbarung wird.
2. Die beigetretene Krankenkasse teilt dem zugelassenen Heilmittelerbringer die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung eine Woche vorher mit. Auf Wunsch des Heilmittelerbringers ist dessen Berufsverband hinzuzuziehen.
3. Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist einem Mitarbeiter der beigetretenen Krankenkasse oder einem beauftragten Sachverständigen innerhalb der Praxiszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren.
4. Der Heilmittelerbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hierzu zählen insbesondere die Angaben analog § 124 Abs. 2 SGB V, die Verlaufsdokumentation, die Qualifikationsnachweise und andere sich aus dieser Vereinbarung ergebende Nachweise.
5. Über die Prüfung ist ein Bericht zu erstellen, in dem der Gegenstand und das Ergebnis der Prüfung sowie notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Beanstandungen aufgezeigt werden.
6. Soweit Beanstandungen festgestellt werden, entscheidet die beigetretene Krankenkasse nach Anhörung des Heilmittelerbringers, welche Maßnahmen der Heilmittelerbringer zur Beseitigung der Defizite und innerhalb welcher Frist zu treffen hat.
7. Sofern die Beanstandungen nicht innerhalb der Frist nach Absatz 6 behoben wurden, liegt ein Vertragsverstoß gemäß § 21 vor und berechtigt die beigetretene Krankenkasse entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.
8. Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen zu beachten.

## **§ 17**

### **Vergütung**

1. Die Vergütung der Leistungen im Sinne dieser Vereinbarung richtet sich nach den vereinbarten Vergütungssätzen gemäß der Anlage. Diese Vergütungssätze sind Höchstpreise gemäß § 125 SGB V.
2. Die Vergütungen sind Bruttobeträge im Sinne des Umsatzsteuergesetzes. Mehrwertsteuer kann daher nicht zusätzlich berechnet werden, wenn der zugelassene Heilmittelerbringer die Voraussetzungen des § 4 Nr. 14 Umsatzsteuergesetz nicht erfüllt.
3. Die Vergütungen verstehen sich einschließlich sämtlicher Nebenleistungen (wie Vorhaltung und Gebrauch künstlerischer Medien wie Farben, Instrumente, Wäsche, Laken, Decken usw.). Dem Anspruchsberechtigten gegenüber dürfen außer der gemäß § 32 Abs. 2 SGB V vorgeschriebenen Zuzahlung keine Forderungen geltend gemacht werden. Der gesetzliche Zuzahlungsbetrag ausschließlich für erbrachte Leistungen ist vom Heilmittelerbringer einzuziehen.
4. Vertragsärztlich verordnete Doppelbehandlungen bzw. mehrfache Behandlungen an einem Tag sind erlaubt. Dies gilt nur für begründete Ausnahmefälle.

## **§ 18**

### **Abrechnungsverfahren**

1. Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit den sonstigen Leistungserbringern gemäß § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:
  - Abrechnungsdaten
  - Verordnungsblätter, Berechtigungsscheine, jeweils im Original
  - Ggf. Leistungszusage der beigetretenen Krankenkasse im Original
  - Gesamtaufstellung der Abrechnungen (Gesamtrechnung) nach Ende des Behandlungszyklus.
2. Analog § 303 Abs. 3 SGB V dürfen die Krankenkassen Abrechnungen der Leistungserbringer nur vergüten, wenn die jeweils gesetzlich vorgeschriebenen Daten analog § 2 Abs. 1, Buchstabe a) und d) der Richtlinien im zugelassenen Umfang maschinenlesbar oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern angegebenen oder übermittelt und die Daten nach Buchstabe b) und c) in der dem Leistungserbringer vorliegenden Form vorgelegt worden sind.
3. Es werden von den Leistungserbringern ausschließlich maschinell verwertbare Datenträger übermittelt. Als maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten dabei ausschließlich Daten auf elektronischen Datenträgern

nach der Technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern analog § 302 Abs. 2 SGB V.

4. Jeder Leistungserbringer ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenerlieferung nach Abs. 1 bei der Informationstechnischen Servicestelle der GKV GmbH (ITSG), Heinrich-Sahm-Str. 1, 63110 Rodgau, anzumelden. Die Funktionssicherheit der eingesetzten Software ist vom Leistungserbringer auf Anforderung der Kopfstelle in einem Testverfahren nachzuweisen.
5. Jeder Zugelassene verfügt über ein Institutionskennzeichen, das er bei der Abrechnung entsprechend der Richtlinien analog § 302 SGB V verwendet. Das Institutionskennzeichen ist bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen, Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen.
6. Die Rechnungslegung erfolgt je Leistungserbringer jeweils nach Beendigung eines Behandlungszyklus. Die maschinell verwertbaren Daten sind zu den jeweils angegebenen Terminen an die von der beigetretenen Krankenkasse benannte Stelle abzuliefern. Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß der gemeinsamen Richtlinien zum Datenaustausch analog § 302 SGB V angenommen. Fehlerhafte Daten werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet. Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach § 8 Abs. 1 Buchstaben b) und c) wie Verordnungen, Berechtigungsscheine und die Leistungszusage der beigetretenen Krankenkasse sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung im Original in der in den Richtlinien analog § 302 beschriebenen Sortierreihenfolge an die von der beigetretenen Krankenkasse benannte Stelle zu liefern.
7. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die beigetretenen Krankenkasse dem Leistungserbringer die eingereichten und beanstandeten Teile der Unterlagen bzw. der Datensätze zur Prüfung bzw. zur Korrektur zurückgeben.
8. Beanstandungen müssen innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang geltend gemacht werden.
9. Die Bezahlung der Rechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der Abrechnungsdaten bei der von der beigetretenen Krankenkasse benannten Stelle. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.
10. Nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung ist die Abrechnung abweichend von Absatz 3 auf nicht maschinell verwertbaren Datenträgern zulässig.
11. Hat der Leistungserbringer einem Abrechnungszentrum eine Inkassovollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für

die beigetretene Krankenkasse mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkassovollmacht entzogen, ist der Zugelassene für die Einhaltung des Entzuges der Vollmacht verantwortlich.

12. Der Leistungserbringer setzt die Zuzahlungsbeträge analog § 32 Abs. 2 SGB V vom Rechnungsbetrag ab. Die Zuzahlung wird je Einzelleistung berechnet.
13. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle übertragen werden soll, ist diese unter besonderer Berücksichtigung der von ihr getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßnahmen dieses Vertrages und analog § 6 Abs.1 BDSG durch den Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung bei der Abrechnungsstelle ist der beigetretenen Krankenkasse vorzulegen.
14. Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesseuchengesetz (BseuchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform zu erstellen. Die Verordnung ist der Einzelrechnung beizufügen.

## **§ 19**

### **Vertragsausschuss**

1. Zur Klärung von gravierenden Meinungsverschiedenheiten und Zweifelsfragen zwischen den beigetretenen Krankenkassen und den Heilmittelerbringern wird ein Vertragsausschuss gebildet. Dieser setzt sich aus je einem Vertreter der beigetretenen Krankenkassen einerseits und zwei Vertretern des zuständigen Berufsverbandes zusammen.
2. Der Vertragsausschuss ist auf Antrag eines Vertragspartners einzuberufen.

## **§ 20**

### **Vertragsverstöße/Regressverfahren**

1. Erfüllt der Heilmittelerbringer die ihm obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann ihn die beigetretene Krankenkasse nach Anhörung schriftlich verwarnen; für die Beseitigung des Vertragsverstosses durch den Heilmittelerbringer wird eine Frist festgelegt, deren Länge von der Art des Vertragsverstosses abhängt. Der zuständige Berufsverband ist einzu beziehen.

2. Schwerwiegende Vertragsverstöße rechtfertigen den Widerruf der Zulassung, bzw. den Ausschluss von der integrierten Versorgung durch die beigetretene Krankenkasse. Unabhängig davon ist der entstandene Schaden zu ersetzen.
3. Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:
  - Abrechnung nicht erbrachter Leistungen;
  - wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz (vgl. § 4);
  - nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen;
  - Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt;
  - Aufnahme von Leistungen nicht zugelassener Heilmittelerbringer in die eigene Abrechnung.

## **§ 21**

### **Inkrafttreten/Kündigung**

1. Diese Vereinbarung gilt unbefristet und tritt mit Wirkung ab 01.07.2006 in Kraft. Sie kann unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden, frühestens jedoch zum 30.06.2007. Die Kündigung durch einen Vertragspartner berührt nicht die Wirksamkeit der Vereinbarung gegenüber den anderen Vertragspartnern. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt unberührt.
2. Diese Vereinbarung kann außerordentlich, ohne Einhaltung der Kündigungsfrist nach Absatz 1, gekündigt werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (§ 91 SGB V) eine ablehnende Entscheidung zur Kostenübernahme für Behandlungen (Heilmittel) der Anthroposophischen Medizin, die in dieser Vereinbarung geregelt sind, trifft. Sollte die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses nur Teile dieser Vereinbarung betreffen, so vereinbaren die Vertragspartner, unverzüglich Verhandlungen darüber aufzunehmen, ob eine Fortsetzung dieser Vereinbarung über die restlichen Regelungen sinnvoll ist.
3. Diese Vereinbarung kann ferner außerordentlich, ohne Einhaltung der Kündigungsfrist nach Absatz 1, gekündigt werden, wenn aufgrund rechtlicher Änderungen oder aufsichtsrechtlicher Weisungen eine Fortführung des Vertrages unrechtmäßig wäre.
4. Die Kündigung bedarf in jedem Falle der Schriftform.

## **§ 22**

### **Salvatorische Klausel**

Sollten eine oder mehrere Bestimmungen, dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit dieser Vereinbarung hiervon unberührt, es sei denn, dass die unwirksame Bestimmung für eine Vertragspartei derart wesentlich war, dass ihr ein Festhalten an dieser Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragspartner die unwirksamen Bestimmungen durch Regelungen ersetzen, die dem mit der unwirksamen Bestimmung Gewollten am nächsten kommen. Die Parteien werden sich bemühen, Unstimmigkeiten, die sich in Verbindung mit dieser Vereinbarung ergeben sollten, gütlich beizulegen.

Filderstadt, den

---

Berufsverband Heileurythmie e.V.

Herdecke, den

---

Berufsverband für Anthroposophische Kunsttherapie e.V.

Filderstadt, den

---

Berufsverband Rhythmische Massage e.V.

**Anlage 6**

zur Vereinbarung über die Versorgung mit Therapien der Anthroposophischen Medizin (Heilmittel) analog §§ 124, 125 SGB V  
- Vergütung für die Heilmittelerbringung -

## Vergütungsvereinbarung

### zur Erbringung von Leistungen der Heileurythmie (BVHE)®

Als Anlage zur Vereinbarung über die Versorgung mit Therapien der Anthroposophischen Medizin (Heilmittel) i.S. der §§ 124, 125 SGB V wird für die Erbringung von Leistungen der Heileurythmie (BVHE) folgende Vergütung vereinbart:

#### Heileurythmie

- |  |                  |
|--|------------------|
| <b>1. Heileurythmie (Mindestdauer 45 Minuten)</b>  | <b>EUR 40,00</b> |
| <b>2. Beratung (s. §§ 10; 13)</b><br>Diese Leistung ist in einem Behandlungszyklus höchstens zweimal abrechnungsfähig.   | <b>EUR 12,00</b> |
| <b>3. Ärztlich verordneter Hausbesuch</b><br>(zusätzlich zu Pos.1.und 2.)  | <b>EUR 6,50</b>  |
| <b>4. Wegegebühren</b><br>bei ärztlich verordnetem Hausbesuch, je Kilometer (nur berechnungsfähig, sofern die einfache Strecke zwischen Praxis und Patientenwohnung mehr als 2 km beträgt) | <b>EUR 0,30</b>  |

Heileurythmie wird als Einzeltherapie in Einheiten von 45 Minuten Dauer in der Regel einmal wöchentlich erbracht. Ein Zyklus umfasst maximal 12 Therapieeinheiten

Filderstadt, den

---

Berufsverband Heileurythmie e.V.

## Vergütungsvereinbarung

### zur Erbringung von Leistungen der Anthroposophischen Kunsttherapie (BVAKT)®

Als Anlage zur Vereinbarung über die Versorgung mit Therapien der Anthroposophischen Medizin (Heilmittel) i.S. der §§ 124, 125 SGB V wird für die Erbringung von Leistungen der Anthroposophischen Kunsttherapie (BVAKT)® folgende Vergütung vereinbart:

#### Anthroposophische Kunsttherapie (BVAKT)®

- |  |                  |
|--|------------------|
| 1. Kunsttherapeutische Anamneseerhebung und Diagnostik (Mindestdauer jeweils 45 Minuten)   | <b>EUR 45,00</b> |
| 2. Einzeltherapie (Mindestdauer 45 Minuten)  | <b>EUR 45,00</b> |
| 3. Einzeltherapie in Gruppe (Mindestdauer 45 Minuten, Gruppengröße maximal 3 Patienten)  | <b>EUR 20,00</b> |
| 4. Gruppentherapie (Mindestdauer 45 Minuten, Gruppengröße ab 4 bis maximal 6 Patienten)  | <b>EUR 13,00</b> |
| 5. Beratung (s. §§ 10; 13)<br>Diese Leistung ist in einem Behandlungszyklus höchstens zweimal abrechnungsfähig.  | <b>EUR 12,00</b> |
| 6. Ärztlich verordneter Hausbesuch (zusätzlich zu Pos.1.-5.)   | <b>EUR 6,50</b>  |
| 7. Wegegebühren bei ärztlich verordnetem Hausbesuch, je Kilometer (nur berechnungsfähig, sofern die einfache Strecke zwischen Praxis und Patientenwohnung mehr als 2 km beträgt) | <b>EUR 0,30</b>  |

Anthroposophische Kunsttherapie (BVAKT)® wird als Einzeltherapie in Behandlungseinheiten von 45 Minuten in der Regel einmal wöchentlich erbracht. Der erste Therapiezyklus hat 10 Sitzungen. Vor der ersten Therapie findet je eine Sitzung zur kunsttherapeutischen Anamneseerhebung und zur Diagnostik statt. Folgezyklen haben 12 Sitzungen. Neben Einzeltherapien werden auch „Einzeltherapien in der Gruppe“ (maximal 3 Teilnehmer) sowie Gruppentherapien (ab 4 Teilnehmer) durchgeführt.

Herdecke, den

---

Berufsverband für Anthroposophische Kunsttherapie e.V.

## Vergütungsvereinbarung

### zur Erbringung von Leistungen der Rhythmischen Massage/Rhythmischen Bewegungsbäder

Als Anlage zur Vereinbarung über die Versorgung mit Therapien der Anthroposophischen Medizin (Heilmittel) i.S. der §§ 124, 125 SGB V wird für die Erbringung von Leistungen der Rhythmischen Massage/Rhythmischen Bewegungsbäder folgende Vergütung vereinbart:

#### Rhythmische Massage/Rhythmische Bewegungsbäder

- |  |                  |
|--|------------------|
| 1. Rhythmische Massage (Mindestdauer 40 Minuten)   | <b>EUR 35,00</b> |
| 2. Rhythmische Bäder (Öldispersionsbäder u.a.)<br>(Mindestdauer 40 Minuten)  | <b>EUR 35,00</b> |
| 3. Beratung (s. §§ 10; 13)<br>Diese Leistung ist in einem Behandlungszyklus<br>höchstens zweimal abrechnungsfähig.   | <b>EUR 12,00</b> |
| <b>4. Ärztlich verordneter Hausbesuch</b><br>(zusätzlich zu Pos.1.- 3.)  | <b>EUR 6,50</b>  |
| <b>5. Wegegebühren</b><br>bei ärztlich verordnetem Hausbesuch, je Kilometer<br>(nur berechnungsfähig, sofern die einfache Strecke<br>zwischen Praxis und Patientenwohnung mehr als 2 km beträgt) | <b>EUR 0,30</b>  |

Rhythmische Massagen/Bäder werden als Einzeltherapie in Einheiten von 40 Minuten Dauer in der Regel einmal wöchentlich erbracht. Ein Zyklus umfasst maximal 12 Therapieeinheiten.

Filderstadt, den

---

Berufsverband Rhythmische Massage e.V.