

Vertrag

zwischen

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Köln,
und den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder,
vertreten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung,
unter Beteiligung
des Verbandes Deutscher Badeärzte e. V.

- einerseits -

und

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg,

sowie

dem AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg,

- andererseits -

wird der nachstehende
Vertrag über die kurärztliche Behandlung (Kurarztvertrag)
vereinbart:

Gültig ab: 1. April 2005
- Stand: 7. Februar 2005 -

Der Vertrag gilt für die folgenden Ersatzkassen (Vertragskassen):

Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal,
Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg,
Hamburg-Münchener Krankenkasse (HMK), Hamburg,
Handelskrankenkasse (hkk), Bremen,
HEK - Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg,
Kaufmännische Krankenkasse - KKH (KKH), Hannover,
Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg,
Gmünder ErsatzKasse (GEK), Schwäbisch Gmünd,
HZK - Krankenkasse für Bau- und Holzberufe (HZK), Hamburg,
Buchdrucker-Krankenkasse (BK), Hannover bis 31.12.2003,
KEH Ersatzkasse (KEH), Heusenstamm,
BRÜHLER – Die Ersatzkasse (BRÜHLER), Solingen bis 31.12.2003

Präambel

Dieser Vertrag regelt auf der Grundlage von § 73 Absatz 3 SGB V i. V. mit § 2 Absatz 5 EKV unter Berücksichtigung des Prinzips "ambulant vor stationär" die vertragsärztliche Behandlung von Versicherten der Ersatzkassen im Rahmen Ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten gemäß § 23 Absatz 2 SGB V (kurärztliche Behandlung), um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken, Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Die Ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten (nachfolgend Ambulante Vorsorgeleistung genannt) ist eine Komplexleistung, die ihre besondere Wirkung erst durch das Zusammenwirken von Maßnahmen der Kurortmedizin (ortsgebundene und/oder kurortspezifische Heilmittel u. a.) mit aus medizinischen Gründen notwendigen anderen Maßnahmen entfaltet. Sie soll u. a. dem Patienten helfen, die in seiner Lebensweise begründeten gesundheitsgefährdenden Faktoren zu erkennen und sein Verhalten zu ändern.

Die Ambulante Vorsorgeleistung wird entsprechend ihren Zielsetzungen unterschieden in

- Ambulante Vorsorgeleistungen zur Krankheitsverhütung und
- Ambulante Vorsorgeleistungen bei bestehenden Krankheiten.

Ambulante Vorsorgeleistungen zur Krankheitsverhütung sind Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und der Verhütung von Krankheiten, die sich kurortspezifischer Mittel und Methoden bedienen.

Ambulante Vorsorgeleistungen bei bestehenden Krankheiten dienen dazu, Heilungsprozesse zu fördern, bestehende Schädigungen und Funktionsstörungen zu beseitigen oder zu vermindern, eine Verschlimmerung zu verhüten, Beschwerden zu lindern, dem Patienten Hilfen zum besseren Umgang mit seinem Leiden zu geben und die Kompetenz im Alter (Geroprophylaxe) zu erhalten. Dies gilt auch zur Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit.

Um den Erfordernissen des einzelnen Versicherten Rechnung zu tragen, ist zu Beginn der Ambulanten Vorsorgeleistung durch den Kurarzt ein individueller Vorsorgeplan zu erstellen, der den von der Risikokonstellation und/oder Schädigungen bzw. Funktionsstörungen angezeigten Einsatz medizinischer Maßnahmen mit dem Schwerpunkt der ortsgebundenen und/oder kurortspezifischen Heilmittel und von anderen Maßnahmen optimal im Hinblick auf den Erfolg der ambulanten Vorsorgeleistung kombiniert.

Abschnitt I: Inhalt der vertragsärztlichen Behandlung

§ 1

Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die kurärztliche Behandlung durch Vertragsärzte im Rahmen Ambulanter Vorsorgeleistungen gemäß § 23 Absatz 2 SGB V in anerkannten Kurorten nach § 8 dieses Vertrages in der Bundesrepublik Deutschland bei Versicherten der Ersatzkassen (kurärztliche Behandlung). Diese Maßnahmen werden im Folgenden als kurärztliche Behandlung bezeichnet.
- (2) Hat der Versicherte Anspruch auf kurärztliche Behandlung nach Absatz 1, so ist dieser Anspruch nur nach Vorlage eines Kurarztscheines nach den Bestimmungen dieses Vertrages zu erfüllen. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sind grundsätzlich auch im Rahmen einer Ambulanten Vorsorgeleistung zu beachten. Bei Abweichungen entscheidet die nach § 50 des Arzt-/Ersatzkassenvertrages gebildete Arbeitsgemeinschaft (siehe § 7 Absatz 2 des Vertrages). Dabei ist den besonderen kurmedizinischen Erfordernissen Rechnung zu tragen.
- (3) Die Behandlung von Versicherten, die in einem Kurort nach diesem Vertrag oder seiner Umgebung ihren dauernden Wohnsitz haben und in diesem Kurort bei einem Kurarzt in vertragsärztlicher Behandlung sind, fällt auch bei Verordnung von ortsgebundenen und/oder kurortspezifischen Heilmitteln nicht unter diesen Vertrag, desgleichen die Behandlung solcher Versicherter, die sich nur vorübergehend und nicht zu einer von der Ersatzkasse genehmigten Ambulanten Vorsorgeleistung dort aufhalten. Diese sind nach dem Arzt-/Ersatzkassenvertrag zu behandeln.

§ 2

Abgrenzung zu anderen Maßnahmen

- (1) Dieser Vertrag gilt nicht für die Eigeneinrichtungen der Ersatzkassen.
- (2) Auf Maßnahmen, bei denen auch die kurärztliche Behandlung des Patienten pauschal abgegolten ist (so genannte Pauschalkur), findet dieser Vertrag keine Anwendung. Das Gleiche gilt bei Durchführung stationärer Vorsorge-/Rehabilitationsleistungen gemäß §§ 23 Absatz 4, 24 Absatz 1, 40 Absatz 2 und 41 Absatz 1 SGB V in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.

§ 3

Ambulante Vorsorgeleistungen

- (1) Die Ambulante Vorsorgeleistung besteht aus einer auf den Versicherten individuell abgestimmten Kombination der Anwendung von medizinischen Leistungen, insbesondere dem Einsatz ortsgebundener und/oder kurortspezifischer Heilmittel mit Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhaltensbeeinflussung bei Risikofaktoren. Bei Ambulanten Vorsorgeleistungen für Kinder findet § 5 Anwendung.
- (2) Die Dauer Ambulanter Vorsorgeleistungen beträgt grundsätzlich 21 Tage. Eine Verlängerung kann nur in Betracht kommen, wenn dies aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist, um das Vorsorgeziel zu erreichen. Bei ambulanten Maßnahmen von kürzerer Dauer und bei ausschließlicher Anwendung von Heilmitteln zur Fortsetzung der kurativen Versorgung handelt es sich nach den kurmedizinischen Prinzipien (vergleiche Anlage 1) nicht um Ambulante Vorsorgeleistungen im Sinne des Kurarztvertrages.
- (3) Die Ambulante Vorsorgeleistung zur Krankheitsverhütung umfaßt folgende kurärztliche Leistungen:
 1. Anamneseerhebung und eingehende Untersuchung des Patienten am Anfang der Ambulanten Vorsorgeleistung
 2. Aufstellen eines schriftlichen individuellen Vorsorgeplans mit Angabe der anzuwendenden Maßnahmen unter Berücksichtigung von Anamnese und der erhobenen und mitgebrachten Befunde sowie Festlegung des Vorsorgeziels
 3. kontinuierliche Überwachung und gegebenenfalls Korrektur des Vorsorgeplans sowie regelmäßige Kontrolluntersuchungen (§ 14 Absatz 6)
 4. Abschlußuntersuchung mit Beurteilung des Effektes der Ambulanten Vorsorgeleistung
 5. schriftlicher Bericht mit Angaben zu Anamnese, durchgeführte Maßnahmen, Verlauf und Effekt der Ambulanten Vorsorgeleistung sowie mit spezifischen Empfehlungen für weitere Maßnahmen am Wohnort
 6. soweit verhaltenspräventive Maßnahmen erforderlich sind und am Kurort angeboten werden, ist der Patient zur Teilnahme durch themenzentrierte Gesprächsführung zu motivieren.
- (4) Eine Ambulante Vorsorgeleistung bei bestehenden Krankheiten umfaßt folgende Leistungen zusätzlich zu den in Absatz 3 enthaltenen:
 1. Anamneseerhebung und eingehende Untersuchung unter Berücksichtigung der vorliegenden Befunde über die somatischen und psychischen Schädigungen
 2. Abschlußuntersuchung mit eingehender Erörterung des Effektes der Ambulanten Vorsorgeleistung mit dem Patienten sowie der weiteren Maßnahmen am Wohnort, die der Festigung des Erfolges der Ambulanten Vorsorgeleistung dienen.

§ 4

Ambulante Vorsorgeleistungen in Kompaktform

- (1) Ambulante Vorsorgeleistungen können auch in Kompaktform (nachfolgend Kompaktkuren genannt) durchgeführt werden. Für die Durchführung der Kompaktkur gelten folgende Anforderungen:
 1. Indikationsspezifische Ausrichtung für Patienten mit gleichen oder ähnlichen Krankheitszuständen
 2. strukturierte Therapiekonzepte mit multidisziplinärem Ansatz
 3. Behandlung in stabilen Gruppen mit maximal 15 Teilnehmern und Gruppenleitung
 4. interdisziplinäre Qualitätszirkel.

- (2) Diese Anforderungen erfordern eine Tätigkeit des Kurarztes, die in ihrer Häufigkeit und Intensität über die ärztlichen Leistungen nach § 3 Absatz 3 und 4 hinausgehen. Dazu gehören insbesondere
 1. kontinuierliche ärztliche Begleitung durch mindestens zweimal wöchentlichen Arzt-/Patienten-Kontakt
 2. verhaltenspräventive Motivation des Patienten
 3. das Mitwirken des Arztes bei der Festlegung des gruppenspezifischen Behandlungszieles
 4. die regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln.

- (3) Die Durchführung der Kompaktkur setzt eine Anerkennung voraus. Über die Anerkennung jeweils definierter indikationsbezogener Kompaktkuren in Kurorten entscheidet ein paritätisch mit je fünf Mitgliedern der Vertragspartner der Kurarztverträge besetzter Ausschuss (Krankenversicherung: vier Vertreter der Primärkassen, ein Vertreter der Ersatzkassen). Mit beratender Stimme nehmen je ein Vertreter des Deutschen Heilbäderverbandes und des Verbandes Deutscher Badeärzte teil. Der Ausschuss wird bei der kurärztlichen Verwaltungsstelle (KÄV) der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe errichtet.

- (4) Aufgabe des Anerkennungsausschusses ist die Prüfung von Anträgen auf Kompaktkuren. Das Verfahren setzt einen Antrag voraus, der alle notwendigen Unterlagen zur Überprüfung der Voraussetzungen nach § 4 Absatz 1 und Abschnitt D der Anlage 1 enthalten muß. Der Ausschuss prüft die vorgelegten Unterlagen auf Erfüllung der vertraglichen Vorgaben und entscheidet einstimmig über die Anerkennung. Die KÄV unterrichtet den Antragsteller und die Vertragspartner über das Ergebnis.

- (5) Das Anerkennungsverfahren ist kostenpflichtig. Je Antrag hat der Antragsteller eine Gebühr zu entrichten, die vom Anerkennungsausschuss festgelegt wird und die mit der Antragstellung an die Geschäftsstelle zu überweisen ist.

§ 5

Ambulante Vorsorgeleistungen für Kinder

- (1) Die Ambulante Vorsorgeleistung für Kinder besteht aus einer abgestimmten Kombination von Maßnahmen zur Konstitutionskräftigung und Steigerung der Abwehrkräfte unter Nutzung der heilklimatischen Faktoren des Kurortes. Die Maßnahmen sollen geeignet sein, der Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung entgegenzuwirken.
- (2) Die Ambulante Vorsorgeleistung für Kinder umfaßt folgende ärztliche Leistungen:
 1. Anamneseerhebung und Untersuchung des Kindes zu Beginn der Ambulanten Vorsorgeleistung
 2. Vorsorgeplan des Kurarztes für einen erfolgreichen Verlauf
 3. Abschlußuntersuchung mit Empfehlungen für weitere Maßnahmen am Wohnort.

§ 6

Richtlinien zum Inhalt der Kurärztlichen Behandlung

Die kurärztliche Behandlung erfolgt nach Maßgabe der "Richtlinien zum Inhalt der kurärztlichen Behandlung" (Anlage 1). Diese Richtlinien stellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung unter Beteiligung der Kurärztlichen Verwaltungsstelle (KÄV) bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KV WL) und dem Verband Deutscher Badeärzte im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf.

§ 7

Durchführung der Verwaltungsaufgaben und der Abrechnung, Auslegung des Vertrages

- (1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) überträgt die Verwaltungsaufgaben und die Abrechnung der kurärztlichen Tätigkeit nach diesem Vertrag der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KV WL). Diese errichtet die in § 6 genannte Kurärztliche Verwaltungsstelle.
- (2) Die Auslegung dieses Vertrages obliegt der nach § 50 des Arzt-/Ersatzkassen-Vertrages gebildeten Arbeitsgemeinschaft. Die KBV kann die Besetzung des Gremiums an die KV WL delegieren.

- (3) Die Arbeitsgemeinschaft wird auf Antrag eines Vertragspartners, einer Ersatzkasse oder einer Kassenärztlichen Vereinigung tätig und äußert sich durch einvernehmliche Feststellungen oder Beschlüsse. Feststellungen sind Interpretationen bestehender Regelungen und finden auch für die Vergangenheit Anwendung. Beschlüsse gelten für die Zukunft vom Zeitpunkt des in Kraft tretens an. Kommt eine Regelung nicht zustande, entscheiden die Vertragspartner. Die Feststellungen und Beschlüsse werden den davon Betroffenen mitgeteilt.

§ 8 Kurortdefinition

- (1) Kurorte im Sinne dieses Vertrages sind alle inländischen, landesgesetzlich anerkannten Mineral-, Moor- und Seeheilbäder, Kneippheilbäder und -kurorte, heilklimatischen Kurorte und Orte mit Heilquellenkurbetrieb. Die anerkannten Kurorte sind in dem vom Bundesministerium des Inneren aufgrund der nach Meldungen der Länder geführten Heilkurortverzeichnis (Anhang 2 zu § 8 Absatz 6 BhV) enthalten oder zusätzlich in den Beihilfavorschriften der Länder genannt. Informationen hierzu finden sich auch in dem Deutschen Bäderkalender.
- (2) Ambulante Vorsorgeleistungen werden grundsätzlich nur in solchen Kurorten durchgeführt, die den Qualitätsanforderungen der *"Gemeinsamen Grundsätzen für ambulante Vorsorge- und Rehabilitationskuren vom 11. September 1989"* zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Deutschen Heilbäderverband entsprechen. Die näheren Einzelheiten insbesondere der Qualitätssicherung werden vertraglich geregelt.

Abschnitt II: Teilnehmende Ärzte und Anspruchsberechtigte

§ 9

Teilnahme am Kurarztvertrag

- (1) Voraussetzungen für die Teilnahme am Vertrag sind:
1. die nach der Weiterbildungsordnung erforderliche Genehmigung, die Zusatzbezeichnung Kur- oder Badearzt zu führen
 2. die Erfüllung der Qualifikationsvoraussetzungen für verhaltenspräventive Leistungen gemäß Anlage 2
 3. die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit in eigener Praxis als Vertragsarzt; abhängig beschäftigte Ärzte nehmen an diesem Vertrag nur befristet nach Maßgabe von § 10 teil
 4. daß in der Person oder im Verhalten des Arztes keine Mängel vorliegen, die ihn als zur kurärztlichen Behandlung nach diesem Vertrag ungeeignet erscheinen lassen
 5. die verbindliche Anerkennung der Bestimmungen dieses Vertrages durch schriftliche Erklärung gegenüber der für den Praxissitz des Arztes zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (im Folgenden KV genannt)
 6. daß sich der Praxissitz des Arztes in einem Kurort nach § 8 befindet
 7. daß die Grundsätze der zuständigen KV zur Residenz- und Präsenzplicht eingehalten werden.
- (2) Zur Teilnahme an diesem Vertrag bedarf es eines schriftlichen Antrages an die für den Praxissitz des Kurarztes zuständige KV. Diese setzt sich vor der Entscheidung über die Teilnahme mit der KÄV ins Benehmen. Die KV entscheidet über den Antrag auf Teilnahme nach Prüfung.
- (3) Der Bescheid über die Teilnahme muß Angaben darüber enthalten, von welchem Zeitpunkt an und für welchen Kurort die Teilnahme gilt. Die Teilnahme ist nur für den Kurort auszusprechen, an dem sich der Praxissitz befindet. Die Entscheidung ist dem VdAK/AEV und der KÄV vor Aufnahme der kurärztlichen Tätigkeit schriftlich mitzuteilen.
- (4) Bei Ablehnung des Teilnahmeantrages ist der Vorstand der zuständigen KV Widerspruchsstelle. Diese erteilt einen rechtsmittelfähigen Bescheid.

§ 10

Befristete Teilnahme am Vertrag

- (1) Sind an einem anerkannten Kurort nicht mindestens zwei Kurärzte gemäß § 9 Abs. 1 tätig, kann auf Antrag ein weiterer Arzt befristet am Vertrag teilnehmen, welcher
1. die Zusatzbezeichnung Kur- oder Badearzt zu erwerben beabsichtigt und über Kenntnisse in der Kurmedizin verfügt und als Vertragsarzt niedergelassen ist oder
 2. als angestellter Arzt bereits Kurarzt am Kurort ist.
- Sofern kein Kurarzt gemäß § 9 Abs. 1 tätig ist, können höchstens zwei Ärzte befristet am Vertrag teilnehmen.
- (2) Die Voraussetzungen nach § 9 Absatz 1 Nrn. 4, 5 und 6 sind auch bei befristeter Teilnahme zu erfüllen.
- (3) Zur befristeten Teilnahme an diesem Vertrag bedarf es eines schriftlichen Antrages an die für den jeweiligen Kurort zuständige KV. Diese setzt sich vor der Entscheidung über die Teilnahme mit der KÄV ins Benehmen. Die KV entscheidet über den Antrag auf Teilnahme nach Prüfung.
- (4) Der Bescheid über die Teilnahme muß Angaben darüber enthalten, von welchem Zeitpunkt an und für welchen Kurort die Teilnahme gilt. Die Teilnahme ist nur für den Kurort auszusprechen, an dem sich der Praxissitz bzw. der Beschäftigungsort befindet. Die Entscheidung ist dem VdAK/AEV und der KÄV vor Aufnahme der kurärztlichen Tätigkeit schriftlich mitzuteilen.
- (5) Die befristete Teilnahme ist auf höchstens zwei Jahre zu beschränken.
- (6) Bei Ablehnung des Antrages auf befristete Teilnahme ist der Vorstand der zuständigen KV Widerspruchsstelle. Diese erteilt einen rechtsmittelfähigen Bescheid.

§ 11

Beendigung der kurärztlichen Tätigkeit und Verstöße gegen kurärztliche Pflichten

- (1) Die Teilnahme an diesem Vertrag endet
1. durch den Tod des Kurarztes
 2. wenn der Kurarzt seine Praxis aus dem Kurort, für den die Teilnahme ausgesprochen wurde, verlegt
 3. durch schriftliche Verzichtserklärung des Kurarztes gegenüber der für seinen Praxissitz zuständigen KV, die sofort die KÄV informiert
 4. bei Ruhen, Entziehung oder Ende der Zulassung als Vertragsarzt oder durch Aufgabe der freiberuflichen Tätigkeit
 5. durch Widerruf.

- (2) Die Teilnahme ist zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Kurarzt seine Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder seine Pflichten aus diesem Vertrag gröblich verletzt.
- (3) Die zuständige KV entscheidet gegebenenfalls auf Antrag des VdAK/AEV oder einer Ersatzkasse über den Widerruf. Vorher muß der KÄV sowie dem betroffenen Kurarzt Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden.
- (4) Die zuständige KV kann die sofortige Vollziehung ihrer Entscheidung über den Widerruf der Teilnahme anordnen, wenn entweder in der Person des Kurarztes ein wichtiger Grund vorliegt, der eine weitere Tätigkeit für die kurärztliche Versorgung der Versicherten untragbar erscheinen läßt, oder es aus sonstigen Gründen im öffentlichen Interesse geboten ist.
- (5) Verletzungen dieses Vertrages durch Kurärzte ahndet die für den Praxissitz des Kurarztes zuständige KV nach den bei ihr geltenden Disziplinarbestimmungen nach Anhörung der KÄV gegebenenfalls auf Antrag des VdAK/AEV, einer Ersatzkasse oder der KÄV. Auf Wunsch des Arztes ist der Verband Deutscher Badeärzte zu hören.

§ 12 Anspruchsberechtigte

- (1) Die Anspruchsberechtigung ist vom Versicherten durch einen Ausweis der Ersatzkassen (Kurarztschein) nach Anlage 3 bei der ersten Inanspruchnahme des Kurarztes unaufgefordert nachzuweisen; dieser ersetzt eine Überweisung und gilt für die Dauer der kurärztlichen Behandlung.
- (2) Der Anspruchsberechtigte hat am Kurort die freie Wahl unter allen an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzten.

Abschnitt III: Kurärztliche Behandlung und Abrechnung

§ 13 Kurärztliche Behandlung

- (1) Die kurärztliche Behandlung nach diesem Vertrag muß ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein.
- (2) Der Kurarzt soll nur solche Leistungen durchführen oder veranlassen, die zur ordnungsgemäßen Durchführung einer Ambulanten Vorsorgeleistung erforderlich sind. Bei seinen Verordnungen sind die ortsgebundenen und/oder kurortsspezifischen Heilmittel im Rahmen eines umfassenden kurärztlichen Therapiekonzeptes individuell einzusetzen. Dabei sollen auch die präventiven Maßnahmen indikationsbezogen durchgeführt werden.
- (3) Verordnungen zur Inanspruchnahme am Wohnort des Versicherten, auch für Heilmittel nach Abschluß einer Ambulanten Vorsorgeleistung, dürfen vom Kurarzt nicht ausgestellt werden. Eine Weiterbehandlung nach Abschluß der Ambulanten Vorsorgeleistung ist dem Arzt am Wohnort zu überlassen. Alle zu diesem Zweck erforderlichen Angaben und Empfehlungen sind im Bericht zu vermerken.
- (4) Für die Verordnung von Arzneimitteln verwendet der Kurarzt das Arzneiverordnungsblatt (Vordruck-Muster 16). Hierbei ist hinter der Kassenbezeichnung jeweils der Zusatz "Ambulante Vorsorgeleistung nach § 23 SGB V" einzutragen.
- (5) Der Versicherte hat am Kurort die freie Wahl unter den zugelassenen Leistungserbringern bei der Inanspruchnahme der verordneten Heilmittel. Für die Verordnung von Heilmitteln – auch ortsgebundene und/oder kurortsspezifische Heilmittel – verwendet der Kurarzt den Vordruck nach Anlage 5 (Verordnung des Kurarztes - Ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V).
- (6) Der Kurarzt ist, auch wenn er selbst nicht Vertragsarzt ist, berechtigt und verpflichtet, Leistungen bei interkurrenten Erkrankungen und notwendige sonstige Leistungen während einer Ambulanten Vorsorgeleistung zu erbringen. Diese Leistungen müssen für die Durchführung der Ambulanten Vorsorgeleistung notwendig sein und unter Beachtung des jeweiligen Standes der ärztlichen Wissenschaft und des Gebotes der Wirtschaftlichkeit erbracht werden.
- (7) Der Kurarzt darf nur solche Leistungen erbringen und/oder veranlassen, die während der Ambulanten Vorsorgeleistung begonnen und abgeschlossen werden können.
- (8) Die Verpflichtung zur Erbringung sonstiger Leistungen und zur Behandlung von interkurrenten Erkrankungen besteht nur insoweit, als sie in das Fachgebiet sowie die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des jeweiligen Kurarztes fallen.

§ 14

Vergütungen für die kurärztliche Behandlung

- (1) Die Angestellten-Ersatzkassen und Gmünder ErsatzKasse zahlen für die kurärztliche Behandlung bei einer Dauer von drei Wochen eine Pauschale von 44,85 €, die übrigen Ersatzkassen von 42,80 €; bei einer Ambulanten Vorsorgeleistung bei bestehenden Krankheiten zusätzlich einen Zuschlag von 8,70 €. Bei einer Ambulanten Vorsorgeleistung für Kinder (Dauer drei bzw. vier Wochen) beträgt die Pauschale 31,55 € bzw. 30,00 €. Bei Durchführung der Ambulanten Vorsorgeleistung als Kompaktkur beträgt die Pauschale für eine dreiwöchige Kur 82,30 € bzw. 77,70 €.
- (2) Mit der Pauschale nach Absatz 1 sind die kurärztlichen Leistungen und Überwachung der Ambulanten Vorsorgeleistung gemäß §§ 3 bis 5 abgegolten. Daneben sind auch das Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sowie die Kosten für die Anfertigung und Übermittlung der Berichte für die Krankenkasse und den am Wohnort des Anspruchsberechtigten behandelnden Vertragsarzt abgegolten. Bei der Leistungserbringung sind die Richtlinien gemäß § 6 zu beachten.
- (3) Werden verhaltenspräventive Motivationsleistungen (§ 3 Absatz 3 Nr. 6) gemäß den Qualifikationsvoraussetzungen nach Anlage 2 erbracht, erhöht sich die Pauschale um 12,80 €. Dies gilt nicht für die Durchführung von Kompaktkuren und Ambulante Vorsorgeleistungen für Kinder.
- (4) Bei Ambulanten Vorsorgeleistungen von längerer oder kürzerer (z. B. wegen vorzeitigen Abbruchs) Dauer als drei Wochen erhöht oder vermindert sich die Pauschale für jede Woche um 15 %. Dies gilt für Ambulante Vorsorgeleistungen für Kinder bei einer Dauer von mehr als vier oder weniger als drei Wochen.
- (5) Die erste Woche der Ambulanten Vorsorgeleistung beginnt mit dem Anreisetag und endet am 7. Tag. Entsprechend schließen sich die übrigen Wochen mit jeweils sieben Tagen an. Der Abreisetag gilt als letzter Tag der Ambulanten Vorsorgeleistung. Der Kurarzt hat bei vorzeitigem Abbruch der Maßnahme eine Begründung auf dem Kurarztschein und dem Bericht anzugeben.
- (6) Bei Ambulanten Vorsorgeleistungen muß wöchentlich eine Untersuchung zur Kontrolle des Behandlungserfolges durchgeführt werden. Bei Kompaktkuren sind mindestens zweimal wöchentlich Arzt-/Patientenkontakte einzuhalten. Bei Ambulanten Vorsorgeleistungen für Kinder entfallen routinemäßige Zwischenuntersuchungen. Unterbleibt eine Kontrolluntersuchung, wird die Pauschale jeweils um 15 % gekürzt.
- (7) Zusätzlich zahlen die Angestellten-Ersatzkassen und Gmünder-ErsatzKasse sowie die übrigen Ersatzkassen für die Erbringung sonstiger Leistungen bzw. die Behandlung interkurrenter Erkrankungen nach § 13 eine Pauschalvergütung von 2,80 Euro bei Ambulanten Vorsorgeleistungen zur Krankheitsverhütung sowie für Kinder und von 4,30 Euro für eine Ambulante Vorsorgeleistung bei bestehenden Krankheiten sowie in Kompaktform.
- (8) Alle in den Absätzen 1-7 genannten Pauschalen, pauschalierten Beträge oder Zuschläge sind jedoch mit 90 v. H. zu berechnen, wenn dieser Kurarztvertrag in den Bereichen der

Kassenärztlichen Vereinigungen Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen zur Anwendung kommt.

§ 15

unbesetzt

§ 16

unbesetzt

§ 17

Abrechnungsausschlüsse

- (1) Der Kurarzt darf während einer Ambulanten Vorsorgeleistung für den Versicherten neben dem Kurarztschein keinen kurativen Behandlungsfall abrechnen. Dies gilt für den gesamten Zeitraum der Ambulanten Vorsorgeleistung (im Regelfall von Anreise- bis Abreisetag).
- (2) Laborleistungen und Laborsachkosten sind mit den Pauschalen nach § 14 abgegolten und deshalb nicht gesondert berechnungsfähig. Dies gilt auch für Überweisungen gemäß § 20. Die besonderen Abrechnungsregelungen im Zusammenhang mit der Laborreform nach dem Arzt-/Ersatzkassenvertrag finden keine Anwendung.

§ 18

Bericht und genehmigungspflichtige Leistungen

- (1) Der Kurarzt darf Leistungen, für die Qualifikationsanforderungen nach § 39 Arzt-/Ersatzkassenvertrag zu erfüllen sind, nur erbringen, wenn ihm eine Genehmigung seiner zuständigen KV vorliegt. Das Vorliegen der entsprechenden Genehmigung hat der Kurarzt in der Sammelerklärung zu bestätigen. Die Sammelerklärung wird von der KÄV zur Verfügung gestellt.
- (2) Im Bericht (Anlage 4) an den behandelnden Arzt sind alle während der Ambulanten Vorsorgeleistung durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mit Befunden anzugeben, bei Arzneitherapie auch Art und Umfang der verordneten Medikamente. Im Berichtsteil an die Ersatzkassen sind lediglich Angaben zum Verlauf, zum Erfolg und zur Nachsorge der Ambulanten Vorsorgeleistung zu machen.
- (3) Der Kurarzt hat den Bericht unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von vier Werktagen nach Abschluß der Ambulanten Vorsorgeleistung, der Ersatzkasse und dem behandelnden Arzt zuzusenden und eine Ausfertigung für Abrechnungs- bzw. Prüfzwecke mindestens neun Monate aufzubewahren und der KÄV auf Anforderung binnen vier Wochen zur Verfügung zu stellen.

§ 19
**Abrechnung auf vereinbarten Vordrucken
und mittels EDV**

- (1) Die Abrechnung hat auf dem Kurarztschein (Anlage 3) zu erfolgen. Der Kurarzt hat bei seiner Tätigkeit die vereinbarten Vordrucke zu verwenden.
- (2) Bei der EDV-Abrechnung sind die entsprechenden Bestimmungen des Arzt-/Ersatzkassenvertrages zu beachten. Wegen der Besonderheiten der kurärztlichen Abrechnung gelten zusätzlich die von der KÄV ausgegebenen ergänzenden Bestimmungen.

§ 20
Überweisungen

- (1) Ärztliche Leistungen, die der Kurarzt selbst nicht erbringen kann, die aber während der Ambulanten Vorsorgeleistung notwendig sind, kann der Kurarzt unter Verwendung des Überweisungsscheines nach den gültigen Vordruckvereinbarungen durch andere an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen - versehen mit dem Vermerk "Ambulante Vorsorgeleistung nach § 23 SGB V" im Überweisungsfeld - durchführen lassen.
- (2) Jede Überweisung ist auf dem Kurarztschein mit Angabe des Fachgebietes zu vermerken.
- (3) Jede Überweisung ist im Bericht zu begründen und das Ergebnis dem behandelnden Arzt am Wohnort mitzuteilen.

§ 21
Abrechnung des Kurarztes mit der KÄV

- (1) Die Abrechnung erfolgt vierteljährlich und ist bis zum zehnten Tag des auf das Behandlungsende folgenden Quartals bei der KÄV einzureichen.

Bei nicht fristgerechter Einreichung ohne genehmigten Verlängerungsantrag besteht kein Anspruch auf Abrechnung im entsprechenden Abrechnungsquartal. In Ausnahmefällen ist eine Verlängerung des Abgabetermins möglich, wenn ein entsprechend begründeter Antrag an die KV-Abrechnungsstelle gestellt wird.

- (2) Die persönliche Unterschrift des abrechnenden Kurarztes auf dem Überweisungsschein zur kurärztlichen Behandlung entfällt; an ihre Stelle tritt eine Erklärung des Kurarztes, in der er bestätigt, daß er die abgerechneten Leistungen persönlich und entsprechend den vertraglichen Bedingungen erbracht hat und daß die von ihm eingereichte Abrechnung sachlich richtig ist.

- (3) Die Abrechnung von kurärztlichen Leistungen nach § 14 ist nach Ablauf eines Jahres am Ende des Quartals, in dem die Behandlung abgeschlossen ist, ausgeschlossen. Eine nachträgliche Abrechnung mit den Versicherten ist nicht statthaft. Ebenfalls ausgeschlossen ist eine Honorarnachforderung, wenn sie weniger als 10,25 € je Arzt, Ersatzkasse und Quartal beträgt.
- (4) Die Forderungen des Kurarztes werden erst fällig, nachdem Prüfungen auf Richtigkeit durchgeführt worden sind. Der Termin für die Honorarschlußzahlung ist spätestens der 20. Tag des vierten Monats nach Ende des Leistungsquartals. Über seine Abrechnung erhält der Kurarzt einen Honorarbescheid. Bis zum Zeitpunkt der Rechtswirksamkeit steht dieser Honorarbescheid unter Vorbehalt. Zahlungen der KÄV an den Kurarzt bleiben bis dahin aufrechnungsfähige und gegebenenfalls rückzahlungspflichtige Vorschüsse. Der Widerspruch gegen einen Honorarbescheid ist innerhalb eines Monats nach Zugang zu erheben und zu begründen.
- (5) Auf die Honorarschlußzahlung erhält der Kurarzt Abschläge, die innerhalb von zehn Werktagen nach Ende der Einreichungsfrist ausbezahlt sind. Diese Abschläge richten sich nach der Zahl der im Leistungsquartal abgerechneten Ambulanten Vorsorgeleistungen und betragen 70 % der von den Ersatzkassen im Durchschnitt des Vorjahresquartals vergüteten Pauschalen nach § 14 (unter Berücksichtigung der tatsächlichen Dauer der Ambulanten Vorsorgeleistungen). Die Abschläge sind mit der entsprechenden Schlußzahlung zu verrechnen.

§ 22 Vertretungen

- (1) Kurärzte können nur durch entsprechend qualifizierte Ärzte vertreten werden. Darüber hinaus gelten die Bestimmungen der zuständigen KV. Vertretungen von mehr als einer Woche müssen in der Sammelerklärung angegeben werden.
- (2) Bei kollegialer Vertretung durch einen Arzt nach Absatz 1 werden die durch den vertretenden Arzt erbrachten Leistungen durch den Kurarzt abgerechnet.

§ 23 Gesonderte Vergütung

Der Kurarzt darf von einem Versicherten, der eine Anspruchsberechtigung zur kurärztlichen Behandlung gemäß Anlage 3 vorgelegt hat, eine Vergütung nur dann fordern, wenn und soweit der Versicherte ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten zusätzlich behandelt zu werden, und dies dem Kurarzt schriftlich bestätigt.

§ 24
Abrechnung der KÄV mit den Kostenträgern

- (1) Die Vergütungen nach § 14 werden von den Ersatzkassen an die KÄV gezahlt.
- (2) Die KÄV rechnet die kurärztliche Vergütung nach diesem Vertrag mit den Ersatzkassen ab. Die Rechnungslegung der KÄV gegenüber der Ersatzkasse erfolgt nach sachlich-rechnerischer Berichtigung getrennt nach Ambulanten Vorsorgeleistungen zur Krankheitsverhütung, Ambulanten Vorsorgeleistungen bei bestehenden Krankheiten, Ambulanten Vorsorgeleistungen für Kinder und Ambulanten Vorsorgeleistungen in Kompaktform und diese jeweils getrennt nach Mitgliedern, deren Familienangehörigen sowie nach Rentnern einschließlich deren Familienangehörigen (Status 1, 3 und 5). Eine weitere Trennung erfolgt nach Leistungen in den Kassenärztlichen Vereinigungen der alten und der neuen Bundesländer. Den Abrechnungen sind die Kurarztscheine (Anlage 3) beizufügen.
- (3) Die KÄV leitet den von den Ersatzkassen genannten Stellen die Rechnungen bis zum Ende des dritten Monats nach Ende des Leistungsquartals zu. Die Rechnungsbeträge sind von den Ersatzkassen innerhalb von zehn Tagen nach Rechnungslegung an die KÄV zu überweisen.
- (4) Die Ersatzkassen leisten bis zum 20. Tag des dritten Monats des Leistungsquartals eine Abschlagszahlung auf die kurärztliche Vergütung. Die KÄV fordert die Abschlagszahlungen bis Ende des zweiten Monats des Leistungsquartals von den Ersatzkassen an. Diese Abschlagszahlung beträgt 70 % der kurärztlichen Vergütung im entsprechenden Vorjahresquartal. Sofern gegenüber einer Ersatzkasse weniger als 20 Ambulante Vorsorgeleistungen im entsprechenden Vorjahresquartal abgerechnet worden sind, werden von dieser Kasse keine Abschläge angefordert.
- (5) Sollten die im laufenden Quartal abgerechneten Fallzahlen aller am Vertrag beteiligten Ersatzkassen um mehr als 10 % von denen des Vorjahresquartals abweichen, kann die KÄV die Abschlagszahlungen des folgenden Quartals so korrigieren, daß die Abschlagszahlungen beider Quartale zusammen 70 % der erwarteten Vergütungen dieser Quartale betragen.
- (6) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt dem VdAK/AEV aus den Abrechnungen nach Abs. 1 jährlich einmal folgende Zusammenstellungen:

Zahl der kurärztlichen Behandlungsfälle, getrennt nach Ambulanten Vorsorgeleistungen zur Krankheitsverhütung, Ambulanten Vorsorgeleistungen bei bestehenden Krankheiten, Ambulanten Vorsorgeleistungen für Kinder und Ambulanten Vorsorgeleistungen in Kompaktform sowie jeweils nach dem Status getrennt (z. B. 1, 3, 5).

Abschnitt IV: Prüfung der Abrechnung

§ 25

Sachlich-rechnerische Richtigstellung

- (1) Die KÄV prüft die Abrechnung des Kurarztes auf rechnerische Richtigkeit sowie der vertraglichen Bestimmungen und stellt die Abrechnung gegebenenfalls richtig.
- (2) Berichtigungen (z. B. Nichtbeachtung der vertraglichen Bestimmungen) sind dem Arzt mit einer Rechtsbehelfsbelehrung mitzuteilen. Eine gesonderte Mitteilung an den Arzt erfolgt nicht, wenn die Berichtigung pro Quartalsabrechnung unter 51,15 € liegt.
- (3) Die Ersatzkassen können Berichtigungen von Rechenfehlern sowie der vertraglichen Bestimmungen spätestens binnen drei Monaten nach Rechnungslegung geltend machen.
- (4) Einzelanträge auf sachlich-rechnerische Richtigstellung unterhalb 10,25 € pro Arzt, Ersatzkasse und Quartal sind ausgeschlossen.
- (5) Der Arzt kann gegen eine Entscheidung nach Absatz 2 innerhalb eines Monats nach Zugang Widerspruch gegenüber der KÄV einlegen. Der Widerspruch ist schriftlich zu begründen. Hilft die KÄV dem Widerspruch nicht ab, leitet sie den Vorgang an den Vorstand der KV WL weiter. Der Vorstand der KV WL erteilt einen rechtsmittelfähigen Bescheid.

§ 26

Prüfung der Wirtschaftlichkeit der kurärztlichen Verordnungsweise

- (1) Ein Antrag auf Prüfung der kurärztlichen Verordnungsweise ist von der/den zuständigen Vertragskasse(n) an die Kurärztliche Verwaltungsstelle zu richten. Diese kann den Kurarzt unabhängig davon um Stellungnahme bitten mit Fristsetzung von einem Monat. Danach ist der Vorgang einem von der Kurärztlichen Verwaltungsstelle zu bestimmenden beratenden Kurarzt zuzuleiten. Dieser gibt zu der Angelegenheit seine Beurteilung ab und bereitet ggf. einen Beschlussvorschlag vor.
- (2) Sollten die Meinungsverschiedenheiten zwischen Kurarzt und Vertragskasse(n) über Art und Umfang der kurärztlichen Verordnungsweise weiter bestehen, ist der gesamte Vorgang an die Geschäftsstelle Gemeinsame Prüfungseinrichtungen der Ärzte und Krankenkassen Westfalen-Lippe, Wilhelm-Brand-Str. 1 a in Dortmund zur gesetzlich und vertraglich vorgesehenen Prüfung zu übergeben.

§ 27

unbesetzt

§ 28

unbesetzt

§ 29

Kostenteilung bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Kosten der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der kurärztlichen Verordnungsweise nach § 26 werden nach Festsetzung der Geschäftsstelle „Gemeinsame Prüfungseinrichtungen Ärzte“ von der/den antragsstellenden Vertragskasse(n) und der KÄV paritätisch getragen.

§ 30

Geltung des Arzt-/Ersatzkassenvertrages

Für Sachverhalte, die in diesem Vertrag nicht besonders geregelt sind (z. B. Schlichtung, Schadenersatzansprüche, Nichtvorlage eines gültigen Kurarztscheines) gelten die Bestimmungen des Arzt-/Ersatzkassenvertrages (EKV) entsprechend.

§ 31

Verwaltungskosten

Die KÄV erhebt von den an die Kurärzte zu zahlenden Honoraren einen Verwaltungskostenbeitrag, dessen Höhe mit Zustimmung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung festgesetzt wird.

Abschnitt V: Inkrafttreten, Kündigung

§ 32

Inkrafttreten, Übergangsregelung, Kündigung

- (1) Dieser Vertrag gilt ab 1. Januar 2001 mit Wirkung für die Ambulanten Vorsorgeleistungen, die nach dem 31. Dezember 2000 beginnen; er tritt an die Stelle des Vertrages über die kurärztliche Behandlung (Kurarztvertrag) vom 1. Juli 1995 in der Fassung vom 1. Juli 1999.
- (2) Ärzte, die nach dem Kurarztvertrag vom 1. Juli 1995 i. d. F. vom 1. Juli 1999 an der kurärztlichen Behandlung beteiligt waren, nehmen auch an diesem Vertrag teil.
- (3) Dieser Vertrag kann jeweils bis zum 30. Juni eines jeden Jahres zum Ende des Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Abweichend hiervon ist die Kündigung der Vergütungsregelungen mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderhalbjahres möglich.

Köln/Siegburg, den 16. Januar 2002

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K. d. ö. R.

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.

Anlage 1

zum Kurarztvertrag

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Köln,

- einerseits -

und

der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg,

sowie

der AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg,

- andererseits -

vereinbaren

die Anlage 1 zum Kurarztvertrag

wie folgt neu zu fassen:

„Richtlinien zum Inhalt der kurärztlichen Behandlung“

A. Wesen der Kurortmedizin

Eine ambulante Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort (nachfolgend "Ambulante Vorsorgeleistung" genannt) ist angezeigt, um

- das Auftreten einer Krankheit zu verhindern oder zu verzögern oder
- die Verschlimmerung (Progredienz, Exazerbation) einer manifest gewordenen chronischen Krankheit zu verhindern.

Sie ist damit angezeigt, wenn behandlungsbedürftige Befindlichkeitsstörungen/Regulationsstörungen des Vegetativums und/oder beeinflussbare Risikofaktoren vor Eintritt einer Erkrankung oder nach überstandener Krankheit oder Organstörungen (Schädigungen/Funktionsstörungen auf Organebene) nach Eintritt einer Erkrankung durch die besonderen Methoden der Kurortmedizin und

der übrigen Physikalischen Therapie gebessert oder beseitigt werden können. Wirkprinzipien der Kurortmedizin und der übrigen physikalischen Therapie sind **Schonung** (Erholungsförderung) der Organfunktionen (Eliminierung von Störfaktoren) insbesondere durch klimatische Schonung und Entlastung von psychosozialen Störfaktoren, **Übung** (Regulationstherapie) mit Ökonomisierung von Organfunktionen und Wiedereinregulierung des vegetativen Gleichgewichtes und **Kräftigung** (Adaptationstherapie) mit systematisch gesteigerten Funktionsbeanspruchungen der Organe. Durch spezielle Verfahren dieser Reiz-Reaktions-Therapie, die am Wohnort des Patienten nicht durchgeführt werden kann, ergänzt die Ambulante Vorsorgeleistung die verschiedenen Behandlungsmaßnahmen im phasenhaften Ablauf von Krankheiten.

Chronische Erkrankungen und Risikofaktoren können durch ungünstige Verhaltensweisen negativ beeinflusst und verstärkt werden. In diesen Fällen ergibt sich die Indikation zur Ambulanten Vorsorgeleistung nicht nur aus der möglichen Linderung der aktuellen Beschwerden und/oder einer Festigung und Besserung der körperlichen Funktionen, sondern auch aus notwendigen allgemeinen und individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung durch ein Gesundheitstraining, um einen bewußteren und verantwortungsvolleren Umgang mit der Gesundheit zu fördern und krankheitsträchtige sowie krankheitsbestimmende Verhaltensweisen methodisch-therapeutisch zu korrigieren.

Bei chronischen Erkrankungen ist eine völlige Wiederherstellung der Gesundheit meistens nicht erreichbar. Durch Verbesserung und Stabilisierung der Restgesundheit und besseren trainierten Umgang mit der Krankheit (Hilfe zur Selbsthilfe) soll ein Gleichgewicht zwischen den somatisch-psychischen Kräften und den Anforderungen der Umwelt/Arbeitswelt erreicht werden.

Ziele der Ambulanten Vorsorgeleistung sind im Sinne der Primärprävention:

- die Beseitigung bzw. Verminderung von Befindlichkeitsstörungen/Regulationsstörungen der psychovegetativen Funktion und modifizierbarer Risikofaktoren und
- die dauerhafte Erreichung einer gesundheitsfördernden Lebensweise und
- die Vermeidung einer drohenden chronischen Erkrankung.

Ziele der Ambulanten Vorsorgeleistung sind im Sinne der Sekundärprävention bei schon bestehenden chronischen Krankheiten mit Schädigungen und Funktionsstörungen auf Organebene:

- die Vermeidung von voraussichtlich nicht nur vorübergehenden Fähigkeitsstörungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens und dadurch
- die Vermeidung von Beeinträchtigungen in der Gesellschaft und
- eine Verbesserung der Organfunktionen, Linderung der Beschwerden bei vorhandener Krankheit.

Im Rahmen der Aufgaben der primären und sekundären Prävention nach den anerkannten Methoden der Kurortmedizin gelten daher folgende Vorsorgeziele:

- Verhinderung oder Verzögerung des Auftretens einer Krankheit
- Abbau modifizierbarer gesundheitlicher Risikofaktoren im Rahmen der primären und sekundären Prävention
- Beseitigung bzw. Verminderung von Befindlichkeitsstörungen und psychovegetativen Regulationsstörungen,
- Verhinderung einer Verschlimmerung einer manifest gewordenen chronischen Krankheit
- Behandlung der Schädigungen/Funktionsstörungen bei chronischen Erkrankungen einzeln und im Spektrum der Multimorbidität
- Vermeidung von voraussichtlich nicht nur vorübergehenden Fähigkeitsstörungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens (z. B. Autonomie im Alter stärken und um langfristig auch Pflegebedürftigkeit zu vermeiden)
- Gesundheitsförderung durch Trainingsmaßnahmen
- Beeinflussung gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen.

Dies ist ein dynamischer, stets verbesserungsfähiger Prozeß. Durch die Ambulante Vorsorgeleistung soll der Patient einsehen lernen, daß die Bewältigung seiner Gesundheits- und Krankheitsprobleme auch seine persönliche Aufgabe ist, die ihm nicht abgenommen werden kann, für die ihm aber Hilfen vermittelt werden können. Bei ausgeprägten verhaltensabhängigen Risikofaktoren steht das Bewußtmachen der gesundheitsgefährdenden Faktoren sogar im Vordergrund, um zu Verhaltensumstellungen zu motivieren.

Ambulante Vorsorgeleistungen sollen deshalb nicht nur primär eine kurzfristige Linderung bzw. Besserung des Beschwerdekompleses bedingen, sondern aktiv dazu beizutragen, daß aus dem positiven Effekt am Ende der Ambulanten Vorsorgeleistung ein langanhaltender Erfolg wird.

Die Kurortmedizin geht von einem multidisziplinären Therapieansatz aus. Der Effekt - als therapeutischer Effekt am Ende der Ambulanten Vorsorgeleistung - und der Erfolg - als therapeutischer Langzeiterfolg - werden durch folgende Maßnahmen im komplexen System der Kurortmedizin erreicht:

- ortsgebundene und kurortspezifische Heilmittel und Therapieverfahren (ortsgebundene Heilmittel, Balneo- und Hydrotherapie in den verschiedenen Formen, Klimatherapie)
- Bewegungstherapie (Krankengymnastik, Übungsbehandlung)
- Weitere Verfahren der physikalischen Therapie
- Diät und gesunde Ernährung
- Entspannungstraining und Normalisierung des Tagesrhythmus
- Allgemeine und individuelle gesundheitsfördernde Maßnahmen am Kurort
- Gesundheitsbildung und -training in Seminaren und Übungsgruppen zur Förderung der Selbsthilfe.

B. Durchführung der Ambulanten Vorsorgeleistung

Die ambulante Vorsorgemaßnahme findet in anerkannten Kurorten statt. Kurorte bieten verschiedene Formen mit differenzierten therapeutischen Möglichkeiten an:

- zur Gesundheitsförderung/Gesundheitsvorsorge
- zur Behandlung der Beschwerden, Symptome und Organfunktionsstörungen (Schädigungen) chronischer Krankheiten, auch unter dem Gesichtspunkt der Vermeidung von Fähigkeitsstörungen, um langfristig u. a. auch Pflegebedürftigkeit zu vermeiden
- bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes.

Eine ambulante Vorsorgeleistung erfordert einen Orts- und Milieuwechsel mit Unterbringung der Patienten in selbstgewählten Privatunterkünften, Pensionen und Hotels.

Ambulante Vorsorgeleistungen dürfen nicht veranlaßt werden, wenn Maßnahmen der ambulanten Krankenbehandlung ausreichen oder Rehabilitationsmaßnahmen angezeigt sind. Die einzelnen Maßnahmen erfüllen für sich allein noch nicht den Anspruch einer Ambulanten Vorsorgeleistung. Erst die systematische Anwendung dieser Maßnahmen in ihren individuell auf den Patienten abgestimmten Kombinationen nach Maßgabe des Krankheitsbildes oder der Risikostruktur kann in ihrer Gesamtheit als Vorsorgeleistung verstanden werden. Dabei spielt die aktive Kooperation des Patienten eine übergeordnete Rolle. Schon bei der Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung am Kurort sollte der Patient auf die Notwendigkeit der Kooperation hingewiesen werden, damit er während der Maßnahme und nachher nicht in einer passiven Krankenrolle verharrt. Gerade bei Kompaktkuren ist eine hohe Motivation und aktive Mitarbeit des Patienten entscheidend.

Das Therapieprinzip der verschiedenen Formen der Reiz-Reaktions-Therapie im Rahmen des komplexen Regulationstrainings bedingt als Voraussetzung:

1. Somatische Vorsorgefähigkeit

Die somatische Vorsorgefähigkeit (als Kriterium der Reagibilität des Organismus des Patienten) ist Voraussetzung für die Anwendbarkeit der typischen Reiz-Reaktions-Therapie.

Die somatische Vorsorgefähigkeit schließt die günstige Prognose der therapeutischen Beeinflussbarkeit von Risikofaktoren und Funktionsstörungen bei Anwendungen der ortsgebundenen, kurortspezifischen und sonstigen Therapieformen ein.

Eine durch Krankheit, Krankheitsphase oder durch fortgeschrittene Alterungsprozesse hochgradig eingeschränkte, nicht mehr übber biologische und psychosomatische Reaktionsfähigkeit ist eine Kontraindikation für die Ambulante Vorsorgeleistung.

Zu den Kontraindikationen zählen auch Krankheitsprozesse (z. B. akute Entzündungen), die durch die Reiz-Reaktions-Therapie aktiviert werden könnten.

2. Psychische Vorsorgefähigkeit

Die psychische Vorsorgefähigkeit besteht in der Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit in der Vorsorgemaßnahme als Voraussetzung für die Wirkung der ortsgebundenen und kurortspezifischen Heilmittel und anderer Maßnahmen.

Der Milieuwechsel und die Entlastung von Alltagsverpflichtungen und beruflichen/familiären Anforderungen durch einen Aufenthalt an einem Kurort sind u. a. therapeutische Faktoren und Rahmenbedingungen für die aktive Umstellung von Verhalten und Gewohnheiten in der Ambulanten Vorsorgeleistung.

Die **Dauer ambulanter Vorsorgeleistungen** ist aufgrund gesetzlicher Vorschriften grundsätzlich auf längstens drei Wochen begrenzt. Eine kürzere Dauer ist nicht Gegenstand des Kurarztvertrages. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen zur Krankheitsverhütung ist davon auszugehen, daß grundsätzlich eine Dauer von drei Wochen ausreicht. Eine Verlängerung der Maßnahme kann angezeigt sein, wenn dies aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist, um das Vorsorgeziel zu erreichen. Stellt sich im Einzelfall die Notwendigkeit einer Verlängerung aus medizinischen Gründen erst nach Beginn der Maßnahme heraus, ist der Krankenkasse rechtzeitig eine Bescheinigung des Kurarztes mit medizinischer Begründung vorzulegen.

C. Aufgaben des Kurarztes

Die Leitung einer ambulanten Vorsorgeleistung obliegt dem dazu qualifizierten Kurarzt. Die kurärztliche Tätigkeit erfordert eine an den Beschwerden und Problemen ganzheitlich ausgerichtete Betreuung des Patienten im diagnostischen und insbesondere im therapeutischen Bereich. Hierzu gehören neben Anamneseerhebung, klinischer Untersuchung und gegebenenfalls weiterer Diagnostik die Darstellung, Verordnung und Überwachung des komplexen Systems der Vorsorgemaßnahme mit balneotherapeutischen, hydrotherapeutischen und klimatologischen, bewegungstherapeutischen, physikalischen, entspannenden und diätetischen Maßnahmen und - wenn notwendig - der medikamentösen Basistherapie. Gleichzeitig muß der Kurarzt die Ambulante Vorsorgeleistung unter besonderer Berücksichtigung begleitender Maßnahmen und spezieller indikationsbezogener gesundheitsfördernder Maßnahmen strukturieren und als Maßnahme in einer psychosozialen Entlastungssituation organisieren.

Zu den **Aufgaben des Kurarztes** gehören:

- Aufnahmeuntersuchung mit biografischer, sozialer, krankheits- und risikoorientierter Anamneseerhebung, insbesondere Erfassung, Objektivierung und Gewichtung von Risikofaktoren als Basis des individuellen Vorsorgeplanes, soweit die entsprechenden Daten nicht bereits zur Verfügung stehen
- Patienteninformation und Beratung
- Aufstellung und Erläuterung eines schriftlichen individuellen Vorsorgeplanes mit Angabe der anzuwendenden Maßnahmen unter Einbeziehung der allgemeinen und individuellen gesundheitsfördernden Angebote am Kurort zur Erreichung des Behandlungszieles mit Motivierung des Patienten zur Teilnahme
- die Koordination des multidisziplinären Therapieansatzes
- im Verlauf der Ambulanten Vorsorgeleistung Beratungen und ergänzende Verordnungen, gegebenenfalls Korrektur der Verordnung nach der individuellen Reagibilität auf die Reiz-Reaktions-Behandlung im Hinblick auf das Vorsorgeziel
- Abschlußuntersuchung und Beratung des Patienten, gegebenenfalls seiner Bezugsperson über die Behandlungsergebnisse mit gesundheitsbezogenen Empfehlungen für die Zeit nach der Ambulanten Vorsorgeleistung
- Abschlußbericht mit Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen und der Behandlungsergebnisse, Empfehlungen zur weiteren Therapie und Nachbetreuung am Wohnort.

Im Rahmen der Behandlung soll der Kurarzt folgende Methoden - je nach Indikationsstellung - in den Vorsorgeplan einbeziehen:

- Balneo- und Hydrotherapie in den verschiedenen Formen
- Klimatherapie
- aktive und passive Bewegungstherapie mit verschiedenen Formen der Übungsbehandlung und Krankengymnastik
- weitere Verfahren der physikalischen Therapie
- Ruhe- und aktive Entspannungsbehandlung, Harmonisierung des biologischen Tagesrhythmus.

Ergänzend zu diesen speziellen Maßnahmen soll der Kurarzt auf den Patienten abgestellte individuelle gesundheitsfördernde und -trainierende Maßnahmen für Risikogruppen und chronisch Kranke im Vorsorgeplan berücksichtigen. Bei diesen Maßnahmen sollen ein spezielles Wissen über den Umgang mit der jeweiligen Gesundheitsstörung oder Krankheit vermittelt und Hilfen zur Selbsthilfe angeboten und trainiert werden. Dies trifft vor allem folgende Krankheitsbilder:

- Asthma und Allergien
- Stoffwechselerkrankungen, insbesondere Diabetes
- Herz-/Kreislaufkrankungen

- Hauterkrankungen
- Gelenkerkrankungen, insbesondere degenerative und entzündliche rheumatische Erkrankungen.

Je nach therapeutischer Notwendigkeit sollen Gruppen- oder Einzeltherapien zur allgemeinen Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsbildung und -erziehung einbezogen werden. Grundsätzlich sollen bei diesen Maßnahmen des Gesundheitstrainings (Motivation zu verhaltenspräventiven Maßnahmen) auch die Begleitung des Patienten einbezogen werden, wobei Art und Umfang der Maßnahmen von deren therapeutischer Notwendigkeit abhängen:

- Patientengesprächsseminar für spezielle Risiko- oder Krankheitsgruppen (z. B. Diabetiker, Hypertoniker, Allergiker, Asthmatiker, Rheumatiker und für die besonderen Probleme im Alter)
- Themenzentrierte Selbsterfahrungsgruppen zur Klärung des Krankheitserlebens
- Ernährungsseminare
- Ernährungsberatung mit praktischen Übungen (z. B. in Lehrküchen)
- Raucherentwöhnung
- Entspannungstechniken
- Bewegungstraining.

Diese Maßnahmen sollen strukturell in Kurorten vorgehalten und mit den niedergelassenen Kurärzten für den Bereich der Ambulanten Vorsorgeleistungen gemäß § 23 Abs. 2 SGB V organisiert werden. Um ein organisatorisch stabiles Angebot dieser Maßnahmen zu erreichen, sollen die Krankenkassen Regelungen nach Maßgabe der "**Gemeinsamen Grundsätze für ambulante Vorsorge- und Rehabilitationskuren vom 11. September 1989***"^{*)} der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Deutschen Heilbäderverbandes treffen. Dabei sollen die örtlich tätigen Kurärzte gehört werden.

D. Kompaktkuren

Ambulante Vorsorgeleistungen zur Krankheitsverhütung und im Krankheitsfall können als Kompaktkuren durchgeführt werden, wenn am Kurort nach § 4 des Kurarztvertrages folgende Leistungsanforderungen erfüllt werden:

- Indikationsspezifische Ausrichtung für Patienten mit gleichen oder ähnlichen Krankheitszuständen
- strukturierte Therapiekonzepte mit multidisziplinärem Ansatz
- Behandlung in stabilen Gruppen mit maximal 15 Teilnehmern und Gruppenleitung
- interdisziplinäre Qualitätszirkel.

^{*)} Soweit diese mit der geltenden Rechtslage noch übereinstimmen

1. Indikationsspezifische Ausrichtung für Patienten mit gleichen oder ähnlichen Krankheitszuständen

Die indikationsspezifische Ausrichtung stellt die Indikation, die zum Antrag auf Durchführung einer Kompaktkur geführt hat, in den Mittelpunkt unter Berücksichtigung gegebenenfalls bestehender Folge- und Begleiterkrankungen. Ziel einer Kompaktkur ist stets, den Patienten ihren Krankheitszustand als Ergebnis komplexer somatischer und psychisch bedingter Faktoren bewußt werden zu lassen und eine ganzheitliche Therapie anzubieten.

Kompaktkuren kommen insbesondere bei folgenden drohenden oder manifesten Erkrankungen in Betracht:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- arterielle Hypertonie
- cardiovasculäre Erkrankungen
- arterielle und venöse Durchblutungsstörungen

Atemwegserkrankungen

- obstruktive Atemwegserkrankungen

Muskuloskeletale Erkrankungen

- Arthrose der Hüft- und Kniegelenke
- Arthrosen und Periarthropathien
- Arthrosen und Übergewicht
- Hüfterkrankungen, Zustand nach Gelenkersatz
- Schultererkrankungen
- degenerative Wirbelsäulenerkrankungen und Dorsopathien
- Fibromyalgie
- Morbus Bechterew
- chronische Polyarthritits
- Osteoporose

Stoffwechselerkrankungen

- Diabetes mellitus
- Risikofaktoren des Stoffwechsels durch Über- und Fehlernährung
- metabolisches Syndrom

Hauterkrankungen

- Psoriasis
- Neurodermitis

Gynäkologische Erkrankungen

- gynäkologische Erkrankungen
- gynäkologische Karzinomerkrankungen

Magen-Darm-Erkrankungen

- funktionelle Magen-Darmerkrankungen
- chronische entzündliche Darmerkrankungen

Schmerzsyndrome, vegetative Dysregulation

- chronischer Tinnitus
- Dysstress - einseitige berufliche Belastung - Trainingsmangel einschließlich Blutdruckschwankungen - latente Stoffwechselstörungen
- Migräne.

Weitere Indikationen können durch den Anerkennungsausschuß gemäß § 4 Absatz 3 des Kurarztvertrages festgelegt werden.

2. Strukturierte Therapiekonzepte mit multidisziplinärem Ansatz

Strukturierte Therapiekonzepte müssen entsprechend der jeweiligen Indikation folgende Maßnahmen beinhalten:

- Balneo- und Hydrotherapie in den verschiedenen Formen, Klimatherapie
- aktive und passive Bewegungstherapie mit den verschiedenen Formen der Übungsbehandlung und Krankengymnastik
- weitere Verfahren der physikalischen Therapie
- Ernährungs- und Diättherapie
- Ruhe- und aktive Entspannungsbehandlung
- verhaltenspräventive Maßnahmen.

Zur Durchführung der Konzepte sind für eine Kompaktkur folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- ausführliche Therapiepläne, die auf die einzelnen Indikationen ausgerichtet sind
- Übersicht und Leistungsbeschreibungen über verhaltenspräventive Maßnahmen und sonstige Beratungs- und Betreuungsangebote am Kurort
- inhaltliche Festlegung der indikationszentrierten Patienten-Gesprächs-Seminare
- Sicherstellung von Angeboten gesundheitsgerechter Ernährung am Kurort
- Benennung der in die Konzeption integrierten Ärzte und nichtärztlichen Therapeuten sowie der Fachkräfte für verhaltenspräventive Maßnahmen mit Aussagen zur Qualifikation.

3. Behandlung in stabilen Gruppen

Durch nachprüfbare Organisation ist sicherzustellen, daß zur Durchführung von Kompaktkuren Patientengruppen nach Indikationen getrennt gebildet werden. Die Gruppengröße soll maximal 15 Teilnehmer umfassen. Jede Gruppe wird während der gesamten Dauer von fest zugeteilten, entsprechend qualifizierten Gruppenleitern betreut. Während der gesamten Dauer bleibt die Zusammensetzung der Patientengruppe stabil.

4. Interdisziplinäre Qualitätszirkel

Für die Qualitätssicherung der Kompaktkuren sind fachspezifisch ausgerichtete Qualitätszirkel aller an der Kompaktkur Beteiligten (insbesondere Ärzte und Therapeuten) notwendig. Die Qualitätszirkel stehen unter ärztlicher Leitung. Über die regelmäßigen Zusammenkünfte sind Ergebnisprotokolle zu fertigen.

Zur Beurteilung der Maßnahme wird von den Patienten regelmäßig am Ende der Kompaktkur ein Bewertungsfragebogen über die an der Kompaktkur Beteiligten (insbesondere Ärzte und Therapeuten) sowie über die Durchführung der Therapiemaßnahmen ausgefüllt, von dem Kompaktkuranbieter ausgewertet und mit den Beteiligten im Rahmen der regelmäßigen Qualitätszirkel besprochen. Auf Anforderung sind die Auswertungen den Krankenkassen zur Verfügung zu stellen.

5. Organisation

Verantwortlich für die Organisation der jeweiligen Kompaktkuren ist der Kompaktkuranbieter (z. B. Kurverwaltung). Die Organisation umfaßt u. a.:

- Einladung zur Kompaktkur
- Information der Patienten über Kurärzte und Therapeuten
- Bildung der Gruppen
- Bildung und regelmäßige Durchführung der Qualitätszirkel.

6. Anerkennungsverfahren

Anträge auf Anerkennung von Kompaktkuren an den Anerkennungsausschuß (§ 4 des Kurarztvertrages) sind vom Kompaktkuranbieter an die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe - Kurärztliche Verwaltungsstelle -, Dortmund, auf einem Vordruck einzureichen, der vom Anerkennungsausschuß zur Verfügung gestellt wird. Dem Antrag sind das medizinisch-therapeutische und das ergänzende Konzept beizufügen; die Eignung der Ärzte und des nichtärztlichen Personals ist nachzuweisen. Die Anerkennung entfällt, wenn die an die Kompaktkuren gestellten Voraussetzungen nicht oder nicht mehr erfüllt sind.

E. Nachsorge

Nachsorge soll die während der Ambulanten Vorsorgeleistung erreichten Fortschritte dauerhaft sichern.

Nach Abschluß einer Ambulanten Vorsorgeleistung sollen die Patienten besser motiviert sein, die während der Maßnahme erhaltenen Anregungen zur Gesundheitsförderung oder Selbsthilfe in den eigenen Tagesablauf zu integrieren. Diese Motivation kann durch eine gezielte Nachbetreuung genutzt und dauerhaft gefördert werden. Im Rahmen der Nachsorge sind insbesondere Fragen gesundheitsfördernder Lebensweisen im Alltag, z. B. Weiterführung der ausgewogenen Ernährung, Entspannung, Streßabbau und ausgleichende Gesundheitsgymnastik bzw. Bewegungstherapie von Bedeutung. Entsprechende Verhaltensanweisungen, z. B. besonders auch bei Diabetes, sollte der Kurarzt dem Patienten vermitteln.

Im Abschlußgespräch soll der Kurarzt Empfehlungen für eine gesündere Lebensweise geben und auf entsprechende Angebote (z. B. der Krankenkassen) am Wohnort hinweisen.

Die mit dem Patienten erarbeiteten Empfehlungen für eine Umsetzung und Weiterführung im Alltag sind im Bericht des Kurarztes dem weiterbehandelnden Arzt des Patienten mitzuteilen, damit durch diese empfohlene Nachsorge der Effekt der ambulanten Vorsorgeleistung zu einem langfristigen Erfolg geführt werden kann.

Die Neufassung tritt am 1. Juli 2001 in Kraft.

Köln/Siegburg, den 28. Mai 2001

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K. d. ö. R.

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.

Anlage 2

zum Kurarztvertrag

Qualifikationsanforderung für verhaltenspräventive Maßnahmen im Rahmen einer ambulanten Kurmedizinischen Behandlung (Kurarztqualifikation, Verhaltensprävention)

Bade-/Kurärzte, die im Rahmen einer ambulanten Kurmedizinischen Behandlung verhaltenspräventive Maßnahmen erbringen und abrechnen wollen, bedürfen einer besonderen Qualifikation nach Maßgabe dieser Anlage.

I. Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen nachgewiesen sein, damit die Genehmigung zur Durchführung von verhaltenspräventiven Maßnahmen im Rahmen einer ambulanten Kurmedizinischen Behandlung erteilt werden kann:

1. Nachweis ausreichender Kenntnisse der Präventivmedizin, insbesondere über den Zusammenhang von Risikofaktoren und Krankheitsbildern wie:
 - Asthma und Allergien
 - Stoffwechselerkrankungen
 - Herz-/Kreislaufkrankungen
 - Gelenkerkrankungen, insbesondere degenerative und entzündliche rheumatische Erkrankungen.
2. Nachweis ausreichender Kenntnisse in Gesundheitserziehung, insbesondere themenzentrierte Gesprächsführung mit dem Ziel der Umstellung auf eine gesundheitsbewußte Lebensführung
3. Nachweis ausreichender Kenntnisse über die Möglichkeiten von Selbsthilfegruppen und gruppenspezifischen Prozessen zur Verhaltensänderung bei Risikogruppen
4. Nachweis ausreichender Kenntnisse über die kurortspezifischen Möglichkeiten für individuelle gesundheitstrainierende Maßnahmen und Möglichkeiten zum Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen
5. Nachweis ausreichender Kenntnisse in Ernährungspsychologie
6. Nachweis von Kenntnissen in Sozialmedizin

II. Nachweise

Die Voraussetzungen nach Teil I. sind entweder nachzuweisen durch:

1. die Vorlage der Zusatzbezeichnung Kurarzt bzw. Badearzt, sofern diese Zusatzbezeichnung nach einer Weiterbildungsordnung erworben wurde, die auf der Muster-Weiterbildungsordnung des 95. Deutschen Ärztetages von 1992 beruht. Damit sind die in Teil I. Nrn. 1. - 6. geforderten Kenntnisse nachgewiesen

oder

2. sofern die Zusatzbezeichnung nicht nach der Muster-Weiterbildungsordnung von 1992 erworben wurde, gelten die in Teil I. Nrn. 1., 3. und 4. geforderten Kenntnisse als nachgewiesen. Die in Teil I. Nrn. 2., 5. und 6. geforderten ausreichenden Kenntnisse werden durch die erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs nachgewiesen, der diese Kenntnisse vermittelt. Die Kursinhalte orientieren sich an den jeweils geltenden Richtlinien zum Inhalt der Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung "Kurarzt" oder "Badearzt".

III. Verfahren

Für die Erteilung der Genehmigung ist die Kassenärztliche Vereinigung zuständig. Die Genehmigung setzt einen Antrag des Arztes voraus. Antragsberechtigt sind auch an der kurärztlichen Versorgung teilnehmende Nichtvertragsärzte. Die Genehmigungen sollen auf den Quartalsbeginn terminiert werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen teilen ihrerseits rechtzeitig der KÄV die berechtigten Ärzte mit.

Bei der Prüfung und Anerkennung der Voraussetzungen dürfen nur von der KÄV als geeignet anerkannte Kurse berücksichtigt werden. Die KÄV prüft die Voraussetzungen nach II. Nr. 2 und entscheidet über die Anerkennung.

Anlage 5

zum Kurarztvertrag
(Stand 1. Juli 2002)

Verordnung des Kurarztes
Ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V

<input type="checkbox"/> AOK	<input type="checkbox"/> LKK	<input type="checkbox"/> BKK	<input type="checkbox"/> IKK	<input type="checkbox"/> VdAK	<input type="checkbox"/> AEV	<input type="checkbox"/> Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
get. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		

Verordnung des Kurarztes

Ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten
Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V

IK des Leistungserbringers	
Gesamt-Zuzahlung	Gesamt Brutto
Rechnungs-Nummer	
Beleg-Nummer	

Pos.-Nr.	Anzahl	Pos.-Nr.	Anzahl	Pos.-Nr.	Anzahl
Pos.-Nr.	Anzahl	Pos.-Nr.	Anzahl	Pos.-Nr.	Anzahl

Diagnose/Vorsorgeziel

Ggf. Hinweise zur Therapie

Verordnungs- menge	Heilmittel	Anzahl pro Wo.

Maßnahmen der Gesundheitsförderung

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

Kurarztstempel / Unterschrift des Kurarztes

(7.2002)

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

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

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

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

Behandlungsabbruch am:
Datum

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

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers