

# Vereinbarung über die Erbringung und Vergütung ergänzender Leistungen zur Rehabilitation durch Maßnahmen nach § 43 SGB V (hkk)

Vereinbarung  
über  
die Erbringung und Vergütung ergänzender Leistungen zur Rehabilitation  
durch Maßnahmen nach § 43 SGB V

zwischen der  
**Handelskrankenkasse Bremen (hkk)**  
und der  
**der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KVHB)**

## § 1

- 1) Gegenstand dieser Vereinbarung ist die Regelung der Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und der Handelskrankenkasse Bremen (im folgenden hkk) bei der Durchführung von Maßnahmen der ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation gem. § 43 Nr. 2 SGB V. Ziel dieser Zusammenarbeit ist die Durchführung von Kursen, Beratungen und Informationsveranstaltungen für Versicherte mit bereits bestehenden Behinderungen. Vertragsärzte und hkk wollen damit gemeinsam darauf hinwirken, dass das Ziel der Rehabilitation erreicht und gesichert wird.
- 2) Grundlage der Zusammenarbeit ist das Veranstaltungsprogramm der hkk mit den in der Anlage 1 zu dieser Vereinbarung aufgeführten Angeboten.

## § 2

- 1) Stellt der Vertragsarzt bei der Untersuchung oder Behandlung eines bei der hkk versicherten Patienten fest, dass eine Behinderung vorliegt, die durch eine von der hkk angebotene Leistung zur Rehabilitation günstig beeinflusst werden könnte, berät er den Patienten und motiviert ihn zur Teilnahme an einer solchen Maßnahme.
- 2) Stellt der Vertragsarzt fest, dass bei dem Patienten die Bereitschaft zur Teilnahme an einer Maßnahme nach Anlage 1 besteht, stellt er dem Patienten eine entsprechende Verordnung (Anlage 2) aus. Sofern der Vertragsarzt nach Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme eine Wiedervorstellung des Patienten in der Sprechstunde für erforderlich hält, gibt er dieses auf der Verordnung an. Ggf. macht er ergänzende Angaben, um eine erfolgreiche Teilnahme an der Maßnahme zur Ergänzenden Rehabilitation zu fördern oder um Gefährdungen für den Patienten zu vermeiden.

Der Zugang der Patienten zu den in Anlage 1 aufgeführten Leistungen zur ergänzenden Rehabilitation setzt zwingend die Konsultation eines Arztes im Sinne dieser Vereinbarung voraus.

Nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme erhält der verordnende Vertragsarzt eine Mitteilung über die Durchführung.

## Vereinbarung über die Erbringung und Vergütung ergänzender Leistungen zur Rehabilitation durch Maßnahmen nach § 43 SGB V (hkk)

### §3

- 1) Der Vertragsarzt erhält für die Beratung nach § 2 Abs. 1 einschließlich Ausstellung einer entsprechenden Verordnung nach § 2 Abs. 2 ein Honorar in Höhe von **Euro 12,78** (Abrechnungsposition **99110**).
- 2) Für die Beratung bei Wiedervorstellung des Patienten nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme erhält er ein Honorar in Höhe von **Euro 6,65** (Abrechnungsposition **99111**).
- 3) Sofern anlässlich der Wiedervorstellung nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme eine weitere Verordnung notwendig werden sollte, erhält der Vertragsarzt anstelle des Honorars nach Ansatz (2) das Honorar nach Absatz (1).
- 4) Die Leistungen nach den Nummern 99110 und 99111 sind im Zusammenhang mit allen anderen anlässlich einer Arzt-/Patientenbegegnung erbrachten Leistungen nach dem EBM berechnungsfähig.
- 5) Der Vertragsarzt rechnet die Leistungen über Abrechnungsscheine mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen ab. Die KVHB ist berechtigt, von den Zahlungen an die Vertragsärzte die üblichen Verwaltungskostensätze des jeweiligen Quartals in Abzug zu bringen.

Die Abrechnung der KVHB erfolgt über das Formblatt 3 unter einer gesonderten Abrechnungsposition getrennt nach Mitgliedern, Familienangehörigen und Rentnern.

### § 4

- 1) Die als Anlage 2 vereinbarten Vordrucke sowie alle notwendigen konkreten Informationsmaterialien zum Programm nach Anlage 1 stellt die hkk der KVHB in ausreichender Anzahl zur Verfügung.
- 2) Die KVHB gewährleistet die Verteilung dieser Vordrucke und sonstigen Materialien an die Vertragsärzte in Bremen.
- 3) Die Vertragspartner machen hierfür gegenseitig keine Kosten geltend.

### § 5

Die Partner dieser Vereinbarung gehen gemeinsam davon aus, dass die Zusammenarbeit bei der Durchführung von Maßnahmen der ergänzenden Rehabilitation mit dieser Vereinbarung nicht abschließend geregelt ist, sondern einer ständigen Überarbeitung und Anpassung an aktuelle Erkenntnisse bedarf.

Sie installieren zu diesem Zweck einen Arbeitskreis, der mindestens einmal im jährlich das Angebot nach Anlage 1 im Hinblick auf die medizinische Angemessenheit und das Verfahren der Zusammenarbeit überprüft und ggf. anpasst. Zur Unterstützung der Tätigkeit dieses Arbeitskreises erstellt die hkk kalenderjährlich eine Dokumentation über die Verordnung von ergänzenden Leistungen der Rehabilitation.

### § 6

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.1997 in Kraft. Sie kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres, frühestens zum 31.12.1998 gekündigt werden.

# **Vereinbarung über die Erbringung und Vergütung ergänzender Leistungen zur Rehabilitation durch Maßnahmen nach § 43 SGB V (hkk)**

## **Anlage 1 Kursprogramm der hkk „Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation“**

- Ernährungstherapie
- Allergieberatung

# Vereinbarung über die Erbringung und Vergütung ergänzender Leistungen zur Rehabilitation durch Maßnahmen nach § 43 SGB V (hkk)

## Anlage 2

### Verordnungsblatt der „weiß“ – Ausführung zur Vorlage bei der hkk

Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Ergänzung der ärztlichen Behandlung empfehle ich auf Grund der bei Ihnen durchgeführten Untersuchung Ihre Teilnahme an der nebenstehend gekennzeichneten Maßnahme zur Rehabilitation.

Eine qualifizierte Beratung kann Ihre Gesundheit positiv unterstützen.

Die hkk bietet Ihnen verschiedene Programme zur Ernährungsumstellung an.

Bitte reichen Sie die Verordnung bei Ihrer hkk ein.

Datum
Stempel und Unterschrift des Arztes

Eine Rückmeldung an die Arztpraxis wird erbeten: ☐

Erste Gesundheit.

**Ärztliche Verordnung für:**

☐ **Ernährungstherapie**

Diagnose ggf. relevante Nebendiagnosen (ICD):

---

**Patienten-Parameter:**

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_

**Aktuelle Laborwerte:**

Gesamtcholesterin: \_\_\_\_\_ HDL: \_\_\_\_\_ LDL: \_\_\_\_\_

Triglyceride: \_\_\_\_\_

(Nüchtern-)Glucose: \_\_\_\_\_ HBA 1c: \_\_\_\_\_

Harnsäure: \_\_\_\_\_ Kreatinin: \_\_\_\_\_

Blutdruck: \_\_\_\_\_

Weitere relevante Laborwerte (ggf. Kopie des Labors beilegen):

---

Beratungsrelevante Informationen zur bisherigen Therapie/Medikation:

---

☐ **Allergieberatung**

Diagnose ggf. relevante Nebendiagnosen (ICD):

---

Lebensmittelallergie/-unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Laktoseintoleranz: \_\_\_\_\_ Fructoseintoleranz: \_\_\_\_\_ Zöliakie: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Beratungsrelevante Laborwerte (ggf. Kopie des Labors beilegen):

---

Hinweis: Die angegebenen Daten werden ausschließlich genutzt, um eine qualifizierte Ernährungsberatung durchzuführen.

Dieses Blatt an die hkk weiterleiten

1. Blatt weiß = Ausführung zur Vorlage bei der hkk  
 2. Blatt grau = Ausführung zur Vorlage bei der hkk  
 3. Blatt grün = Ausführung zur Vorlage bei der hkk

1. Blatt: weiß = Ausfüllung zur Vorgabe bei der hkk  
 2. Blatt: grün = Ausfüllung für den Arzt  
 3. Blatt: rosa = Ausfüllung für den Arzt

Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Ergänzung der ärztlichen Behandlung empfehle ich auf Grund der bei Ihnen durchgeführten Untersuchung Ihre Teilnahme an der nebenstehend gekennzeichneten Maßnahme zur Rehabilitation.

Eine qualifizierte Beratung kann Ihre Gesundheit positiv unterstützen.

Die **hkk** bietet Ihnen verschiedene Programme zur Ernährungsumstellung an.

Bitte reichen Sie die Verordnung bei Ihrer **hkk** ein.

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes

Eine Rückmeldung an die Arztpraxis wird erbeten: ☐

**hkk**  
 Erste Gesundheit.

## Ärztliche Verordnung für:

☐ Ernährungstherapie

Diagnose ggf. relevante Nebendiagnosen (ICD):

### Patienten-Parameter:

Größe: Gewicht: BMI:

### Aktuelle Laborwerte:

Gesamtcholesterin: HDL: LDL:

Triglyceride:

(Nüchtern-)Glucose: HBA 1c:

Harnsäure: Kreatinin:

Blutdruck:

Weitere relevante Laborwerte (ggf. Kopie des Labors beilegen):

Beratungsrelevante Informationen zur bisherigen Therapie/Medikation:

☐ Allergieberatung

Diagnose ggf. relevante Nebendiagnosen (ICD):

Lebensmittelallergie/-unverträglichkeiten:

Laktoseintoleranz: Fructoseintoleranz: Zöliakie:

Sonstiges:

Beratungsrelevante Laborwerte (ggf. Kopie des Labors beilegen):

Hinweis: Die angegebenen Daten werden ausschließlich genutzt, um eine qualifizierte Ernährungsberatung durchzuführen.

Ausführung für den Berater / die Beraterin



# Vereinbarung über die Erbringung und Vergütung ergänzender Leistungen zur Rehabilitation durch Maßnahmen nach § 43 SGB V (hkk)

## Verordnungsblatt „rot“ - Ausführung für den Arzt

Name, Vorname des Versicherten			geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum			

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Ergänzung der ärztlichen Behandlung empfehle ich auf Grund der bei Ihnen durchgeführten Untersuchung Ihre Teilnahme an der nebenstehend gekennzeichneten Maßnahme zur Rehabilitation.

Eine qualifizierte Beratung kann Ihre Gesundheit positiv unterstützen.

Die **hkk** bietet Ihnen verschiedene Programme zur Ernährungsumstellung an.

Bitte reichen Sie die Verordnung bei Ihrer **hkk** ein.

1. Blatt: weiß = Ausführung zur Vorgabe bei der hkk  
2. Blatt: rot = Ausführung für den Arzt  
3. Blatt: grün = Ausführung für den Patienten

**Ärztliche Verordnung für:**

☐ **Ernährungstherapie**

**Diagnose** ggf. relevante Nebendiagnosen (ICD):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Patienten-Parameter:**

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_

**Aktuelle Laborwerte:**

Gesamtcholesterin: \_\_\_\_\_ HDL: \_\_\_\_\_ LDL: \_\_\_\_\_

Triglyceride: \_\_\_\_\_

(Nüchtern-)Glucose: \_\_\_\_\_ HBA 1c: \_\_\_\_\_

Harnsäure: \_\_\_\_\_ Kreatinin: \_\_\_\_\_

Blutdruck: \_\_\_\_\_

Weitere relevante Laborwerte (ggf. Kopie des Labors beilegen):

\_\_\_\_\_

Beratungsrelevante Informationen zur bisherigen Therapie/Medikation:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ **Allergieberatung**

**Diagnose** ggf. relevante Nebendiagnosen (ICD):

\_\_\_\_\_

Lebensmittelallergie/-unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Laktoseintoleranz: \_\_\_\_\_ Fructoseintoleranz: \_\_\_\_\_ Zöliakie: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Beratungsrelevante Laborwerte (ggf. Kopie des Labors beilegen):

\_\_\_\_\_

Hinweis: Die angegebenen Daten werden ausschließlich genutzt, um eine qualifizierte Ernährungsberatung durchzuführen.

Ausführung für den Arzt / die Ärztin

Datum
Stempel und Unterschrift des Arztes

Eine Rückmeldung an die Arztpraxis wird erbeten: ☐