

Anlage 2a

zum Rahmenvertrag über die ambulante Abgabe von Heilmitteln durch Krankenhäuser
vom 24. August 1990 in der Fassung vom 01.01.2018, gültig ab 01.01.2018

Vergütung für physikalische Therapie

§ 1 Vergütungsvereinbarung

Für die Behandlung von Anspruchsberechtigten der Krankenkassen können für alle Verordnungen, bei denen die erste Behandlung nach dem **31.12.2018** stattfindet, folgende Vergütungen abgerechnet werden:

01 Massagen

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Regelbehandlungszeit	Ausstattung/ Fortbildung Badebetriebe/ Massagepraxen	Ausstattung/ Fortbildung Krankengymnastikpraxen	Vergütung Euro	Zuzahlung 10 % Euro
	Massagetherapie Massage einzelner oder mehrerer Körperteile					
X0106	Klassische Massage- therapie (KMT)	Richtwert: 15 – 20 Min.	G	G	13,42	1,34
X0107	Bindegewebsmassage (BGM)	20 – 30 Min.	G	G	13,42	1,34
X0108	Segment-,Periost- und Colonmassage	15 – 20 Min.	G	G	13,42	1,34
X0102	Unterwasserdruckstrahl- Massage (UWM) (Preis schließt die erforder- liche Nachruhe von 20 – 25 Min ein)	15 – 20 Min.	Z	Z	20,95	2,10

02 Manuelle Lymphdrainage - MLD

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Regelbehandlungszeit	Ausstattung/ Fortbildung Badebetriebe/ Massagepraxen	Ausstattung/ Fortbildung Krankengymnastikpraxen	Vergütung Euro	Zuzahlung 10 % Euro
	<u>Manuelle Lymphdrainage</u>					
X0205	Teilbehandlung	Richtwert: 30 Min.	W	W	22,32	2,23
X0201	Großbehandlung	45 Min.	W	W	33,49	3,35
X0202	Ganzbehandlung	60 Min.	W	W	44,65	4,47
X0204	Kompressionsbe- handlung einer Extremität (nach ärztlicher Verord- nung nur in Verbindung mit den Positionen der Lymphdrainage)		W	W	14,22	1,42

Anlage 2a

zum Rahmenvertrag über die ambulante Abgabe von Heilmitteln durch Krankenhäuser vom 24. August 1990 in der Fassung vom 01.01.2018, gültig ab 01.01.2018

03-04 Übungsbehandlungen

	Übungsbehandlung					
X0301	Einzelbehandlung (z. B. Übungsbehandlungen und Mobilitätstraining)	Richtwert: 10 – 20 Min.	G	G	7,17	0,72
X0401	Gruppenbehandlung 2-5 Patienten	10 – 20 Min.	Z	G	4,97	0,50
	Übungsbehandlung im Bewegungsbad (Preis schließt die erforderliche Nachruhe von 20 – 25 Min. ein)					
X0305	Einzelbehandlung	Richtwert: 20 – 30 Min.	Z	Z	20,41	2,04
X0402	Gruppenbehandlung 2 – 3 Patienten	20 – 30 Min.	Z	Z	14,91	1,49
X0405	Gruppenbehandlung 4 – 5 Patienten	20 – 30 Min.	Z	Z	9,88	0,99
X0306	Chirogymnastik (Funktionelle Wirbelsäulen- gymnastik)	15 – 20 Min.	Z + W1	Z + W1	12,61	1,26

05-10 Krankengymnastik - KG

Pos.- Nr.	Leistungsbeschreibung	Regel- behandlungs- zeit	Ausstattung/ Fortbildung Bade- betriebe/ Massage- praxen	Ausstattung/ Fortbildung Kranken- gymnastik- praxen	Vergütung Euro	Zuzahlung 10 % Euro
X0501	Krankengymnastische Behandlung auch auf neurophysiologischer Grundlage Einzelbehandlung	Richtwert: 15 – 25 Min.	-	G	18,36	1,84
X0601	Krankengymnastik in der Gruppe (2 – 5 Patienten)	20 – 30 Min.	-	G	5,41	0,54
X0805	Krankengymnastik in der Gruppe bei cerebral bedingten Funktions- störungen für Kinder bis 14 Jahre (2 – 4 Kinder)	20 – 30 Min.	-	W1	10,09	0,00
	Krankengymnastik im Bewegungsbad (Preis schließt die erforderliche Nachruhe von 20 – 25 Min. ein)	Richtwert: 20 – 30 Min.				
X0902	Einzelbehandlung		-	Z	21,03	2,10
X1004	Gruppenbehandlung mit 2 – 3 Patienten		-	Z	14,43	1,44
X1005	Gruppenbehandlung mit 4 – 5 Patienten		-	Z	9,91	0,99

Anlage 2a

zum Rahmenvertrag über die ambulante Abgabe von Heilmitteln durch Krankenhäuser vom 24. August 1990 in der Fassung vom 01.01.2018, gültig ab 01.01.2018

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Regelbehandlungszeit	Ausstattung/ Fortbildung Badebetriebe/ Massagepraxen	Ausstattung/ Fortbildung Krankengymnastikpraxen	Vergütung Euro	Zuzahlung 10 % Euro
X0702	Krankengymnastik (Atemtherapie) zur Behandlung von Mucoviscidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung	60 Min.	-	W1	55,09	5,51
X0507	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) Parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Personen	60 Min. je Patient	-	Z + W	34,64	3,46
X0708	Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen - nach Bobath Einzelbehandlung längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres	30 – 45 Min.	-	W	35,05	0,00
X0709	Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen - nach Vojta Einzelbehandlung längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres	30 – 45 Min.	-	W	35,05	0,00
X0710	Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen - nach Bobath als Einzelbehandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres	25 – 35 Min.	-	W	27,28	2,73
X0711	Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen - nach Vojta als Einzelbehandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres	25 – 35 Min.	-	W	27,28	2,73
X0712	Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen, - nach PNF als Einzelbehandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres	25 – 35 Min.	-	W	27,28	2,73

12 Manuelle Therapie

X1201	Manuelle Therapie	Richtwert: 15 – 25 Min.	W1*	W1	22,10	2,21
-------	-------------------	----------------------------	-----	----	-------	------

* Masseure und/oder Masseure und med. Bademeister mit einer abgeschlossenen Weiterbildung in manueller Therapie **vor dem 31.03.1995**. Hier gilt Vertrauensschutz = Besitzstandwahrung für Masseure und/oder Masseure und med. Bademeister. Sofern ein Masseur und/oder Masseure und med. Bademeister die Weiterbildung in Manueller Therapie bis zum 31.12.1995 begonnen/ beendet hat, erhält er eine Abgabeberechtigung, sofern er sich zum Physiotherapeuten weiterqualifiziert hat. Entsprechend der Rahmenempfehlungen ist seit 01.01.1996 der Physiotherapeut Zugangsvoraussetzung für eine Weiterbildung in Manueller Therapie.

Anlage 2a

zum Rahmenvertrag über die ambulante Abgabe von Heilmitteln durch Krankenhäuser vom 24. August 1990 in der Fassung vom 01.01.2018, gültig ab 01.01.2018

11 Traktionsbehandlungen

X1104	Traktionsbehandlung mit Gerät als Einzelbehandlung	Richtwert: 10 – 20 Min.	- Besitzstands- wahrung für Altfälle**	G	5,36	0,54
-------	--	----------------------------	---	---	------	------

**Fall 1

Bestehende Zulassung nach § 124 SGV V sowie Nachweis einer abgeschlossenen vertraglich vereinbarten Weiterbildung im Schlingentisch vor dem 31.03.1995. Hier gilt Vertrauensschutz = Besitzstandswahrung.

Fall 2 (Stichtagsregelung)

Bestehende Zulassung nach § 124 SGV V sowie Abschluss einer Weiterbildung im Schlingentisch nach dem 31.03.1995. Es wird keine Zulassungserweiterung bzw. Abrechnungsmöglichkeit ausgesprochen.

Sonderfall 1

Beantragt ein Masseur, der vor dem 31.03.1995 seine Weiterbildung im Schlingentisch erfolgreich abgeschlossen hat, aber bislang nicht oder nicht mehr zugelassen war (z. B. Beschäftigung im Krankenhaus) eine Zulassung, so gilt die Besitzstandsregelung aus Fall 1.

13 Elektrotherapie

Pos.- Nr.	Leistungsbeschreibung	Regel- behandlungs- zeit	Ausstattung/ Fortbildung Bade- betriebe/ Massage- praxen	Ausstattung/ Fortbildung Kranken- gymnastik- praxen	Vergütung Euro	Zuzahlung 10 % Euro
X1302	Elektrotherapie/-behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile	Richtwert: 10 – 20 Min.	Z	Z	5,22	0,52
X1303	Elektrostimulation bei Lähmungen (Preis unabhängig von der Anzahl der behandelten Muskelnerveneinheiten)	5 – 10 Min. je Muskelnerv- einheit	Z1	Z1	11,61	1,16
X1312	Hydroelektrisches Voll- Bad (z. B. Stangerbad) (Preis schließt die erforderliche Nachruhe ein)	10 – 20 Min.	Z	Z	16,46	1,65
X1310	Hydroelektrisches Teil- bad (Zwei-/Vierzellenbad) (Preis schließt die erforderliche Nachruhe ein)	10 – 20 Min.	Z	Z	8,54	0,85

17 Medizinische Bäder

X1732	Kohlensäuregasbad (CO ₂ -Trockenbad) als Voll-, Dreiviertel- oder Halbbad	Richtwert 10 – 20 Min.	Z	Z	16,14	1,61
X1733	Kohlensäuregasbad (CO ₂ -Trockenbad) als Teilbad	Richtwert 45 – 60 Min.	Z	Z	16,14	1,61
X1714	Kohlensäurebad (Preis schließt die erforderliche Nachruhe ein)	Richtwert: 10 – 20 Min.	Z	Z	16,14	1,61

18 Inhalationstherapie

X1801	Inhalationstherapie als Einzelbehandlung	Richtwert: 5 – 30 Min.	Z	Z	7,66	0,77
-------	--	---------------------------	---	---	------	------

Anlage 2a

zum Rahmenvertrag über die ambulante Abgabe von Heilmitteln durch Krankenhäuser vom 24. August 1990 in der Fassung vom 01.01.2018, gültig ab 01.01.2018

15 Thermotherapie

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Regelbehandlungszeit	Ausstattung/ Fortbildung Badebetriebe/ Massagepraxen	Ausstattung/ Fortbildung Krankengymnastikpraxen	Vergütung Euro	Zuzahlung 10 % Euro
X1517	Wärmeanwendung mittels Heißluft als strahlende Wärme zur Muskeldetonisierung und Schmerzlinderung bei einem oder mehreren Körperteilen	Richtwert: 10 – 20 Min.	G	G	4,14	0,41
X1501	Warmpackung einzelner oder mehrerer Körperteile (Preis schließt die erforderliche Nachruhe ein)	20 – 30 Min.	G	Z	9,58	0,96
X1530	Heiße Rolle	10 – 15 Min.	G	G	7,79	0,78
X1531	Ultraschall-Wärmetherapie (einzelner oder mehrerer Körperteile)	10 – 20 Min.	Z	Z	8,45	0,85
	<u>Bäder mit Peloiden</u> <u>z. B. Fango, Schlick</u> <u>oder Moor</u>	Richtwert:				
X1533	Teilbad (Preis schließt die erforderliche Nachruhe ein)	15 – 45 Min.	Z	Z	25,69	2,57
X1532	Vollbad (Preis schließt die erforderliche Nachruhe ein)	15 – 45 Min.	Z	Z	34,22	3,42
X1534	Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen	5 – 10 Min.	Z	G	7,13	0,71

20 Kombinationsleistungen

	Standardisierte Kombination von Maßnahmen der Physiotherapie („Standardisierte Heilmittelkombination“)					
X2001	D1	60 Min.	-	G, Z + W1 + W entsprechend der evtl. Spezifizierung durch Arzt.	43,73	4,37

Anlage 2a

zum Rahmenvertrag über die ambulante Abgabe von Heilmitteln durch Krankenhäuser vom 24. August 1990 in der Fassung vom 01.01.2018, gültig ab 01.01.2018

19 Sonstiges

Pos.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Regelbehandlungszeit	Ausstattung/ Fortbildung Badebetriebe/ Massagepraxen	Ausstattung/ Fortbildung Krankengymnastikpraxen	Vergütung Euro	Zuzahlung 10% Euro
X1901	Unterweisung zur Geburtsvorbereitung	60 Min. max. 14 Stunden	-	G	7,56	0,00

99 Hausbesuch/Wegegeld

Hausbesuch:

X9933	Hausbesuchspauschale bei ärztlich verordnetem Hausbesuch je Patienten siehe Anmerkung in § 2 Abs. 9 der Vergütungsvereinbarung				14,14	1,41
X9934	Hausbesuchs-Pauschale bei ärztlich verordnetem Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung je Patient Der Begriff „soziale Einrichtung“ bezeichnet Einrichtungen, die zur Pflege und Betreuung älterer, pflegebedürftiger oder behinderter Personen dienen. Dies sind insbesondere Alten-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen, jedoch keine Einrichtungen des „Betreuten Wohnens“. siehe Anmerkung in § 2 Abs. 9 der Vergütungsvereinbarung				8,13	0,81

Anmerkung:

G = Grundausstattung

Z = Zusatzausstattung entsprechend den Zulassungsempfehlungen nach § 124 SGB V

Z1 = Zusatzausstattung entsprechend des Anhanges

W = Weiterbildung entsprechend der Anlage 3 der Gemeinsamen Rahmenempfehlungen nach § 125 SGB V

W1 = Weiterbildung entsprechend des Anhanges

Anhang: Weiterbildungen und Ausstattungen

Chiro-Gymnastik X 0306 (W1)

Voraussetzung für die Berechnung dieser Leistung ist seit dem 01.08.1996 der Nachweis einer von den Vertragspartnern anerkannten abgeschlossenen speziellen Weiterbildung von mind. 160 Std. mit Abschlussprüfung (Übergangsregelung bis zur Aufnahme der Fortbildung in den Rahmenempfehlungen).

Krankengymnastik bei cerebralen Dysfunktionen X 0805 (W1)

Voraussetzung für die Berechnung dieser Leistung ist der Nachweis über einen abgeschlossenen speziellen Weiterbildungslehrgang (Psychomotorik) oder Nachweis gleichartiger Fortbildungskurse, Arbeitskreise u. ä. sowie Erfahrungen in der Kinderbehandlung und Gruppentherapie.

Anlage 2a

zum Rahmenvertrag über die ambulante Abgabe von Heilmitteln durch Krankenhäuser vom 24. August 1990 in der Fassung vom 01.01.2018, gültig ab 01.01.2018

KG zur Behandlung von Mucoviscidose X 0702 WF1)

Voraussetzung für die Berechnung dieser Leistung ist neben einer entsprechenden vertragsärztlichen Verordnung der Nachweis über einen abgeschlossenen und anerkannten Fortbildungslehrgang für die Mucoviscidosebehandlung von mind. 30 Std.

Gerätetechnische Voraussetzungen zur Abgabe von Elektrostimulation nach Lähmungen

- Pos. -Nr. x1303 - (Z1)

- Niederfrequente galvanische Ströme mit definierten Impulsen (Dreieck-, Exponential- oder Rechteckimpuls) und Intervallen und der individuellen Anpassung der Reizparameter an den/die geschädigten Muskel/n,
- Erstellung einer Intensitäts-/Reizzeit-Kurve (It-Kurve).

Leistungsinhalte Positionen X1532 und X1533

(Teil- und Vollbad mit Peloiden, z.B. Fango, Schlick oder Moor)

- Ergänzend zu den Regelungen der Leistungsbeschreibung physikalischer Therapie zu den o.g. Positionen stimmen die Berufsverbände mit den Krankenkassenverbänden überein, dass diese Leistungen nur erbracht und abgerechnet werden dürfen, wenn hierfür mindestens 33% des Wannenvolumens an Peloiden (Fango, Moor, Schlick oder Pelose) verwendet werden.
- Wird ein Moorbreibeid nach dem „Flexiwann-System“ oder „Soft-Pack-System II“ (der Fa. Haslauer) einschließlich spezieller Aufbereitungstechnik angewandt, dann sind bei einem Vollbad 25 – 30 l aufbereiteter Moorbrei zu verwenden.
- Das „Soft-Pack-System I“ (der Fa. Haslauer) und ähnliche Systeme können nicht anstelle eines Moorbreibeades verwendet werden.

§ 2

Vergütungsinhalt

- (1) Mit den in § 1 genannten Vergütungssätzen sind alle erforderlichen Aufwendungen abgegolten. Der Aufwand für die Mitteilung an den Arzt ist für den Gültigkeitszeitraum der Preisliste in den Gebühren enthalten.
- (2) Art und Umfang der Behandlung richten sich nach der Leistungsbeschreibung **Anlage 1 a** zu den Rahmenempfehlungen.
- (3) Die angeführten Positionsnummern richten sich nach dem bundeseinheitlichen Schlüsselverzeichnis für Heilmittelpositionen in seiner jeweils geltenden Fassung und sind ab 1. Januar 1995 zu verwenden. Die erste Stelle (X) der Positionsnummer beschreibt den Leistungserbringer; wird die Leistung im Rahmen einer Krankenhausbildung erbracht, ist die **Ziffer 6** anzugeben. Werden Leistungen im Rahmen genehmigter ambulanter Vorsorgeleistungen an einem anerkannten Kurort erbracht, so ist an der ersten Stelle der Positionsnummer die **Ziffer 8** anzugeben.
- (4) Für die Abrechnung von Leistungen, die über die in den Zulassungsempfehlungen nach § 124 SGB V vorgesehenen Grundausstattung der jeweiligen Betriebsart hinausgehen, ist eine gesonderte Abrechnungs- bzw. Abgabebefugnis gemäß der Anlage 3 zu den Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V notwendig.
- (5) Ärztliche Verordnungen, die keine Detailangaben zur durchzuführenden Leistung enthalten (z. B. Wärmetherapie anstatt „Heißluft“ oder „KG auf neurophysiologischer Grundlage“), sind vom Leistungserbringer vor der Behandlung mit dem Arzt abzuklären.
Bei Verordnungen ohne Abstimmung wird von der Krankenkasse nur die günstigste Behandlungsposition in Ansatz gebracht.
- (6) Zu den Positionen X0708 bis X0712:
Verordnet der Arzt entsprechend den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie lediglich „KG-ZNS bzw. KG-ZNS-Kind“, ohne die Verordnung weiter zu spezifizieren, ist der Heilmittelerbringer berechtigt, die Behandlungsmethode zu bestimmen, sofern die jeweils erforderliche Abrechnungsbefugnis vorliegt
- (7) Auf die vorherige Genehmigung von Verordnungen außerhalb des Regelfalles wird von den Krankenkassen derzeit verzichtet. Voraussetzung dafür ist, dass jede Verordnung, die vom Arzt als außerhalb des Regelfalles gekennzeichnet ist, die vom Arzt erforderliche medizinische Begründung auf der Verordnung beinhaltet. Bei

Anlage 2a

zum Rahmenvertrag über die ambulante Abgabe von Heilmitteln durch Krankenhäuser vom 24. August 1990 in der Fassung vom 01.01.2018, gültig ab 01.01.2018

fehlender Begründung wird der Behandler an den Arzt mit der Bitte um Ergänzung der Verordnung herantreten. Sollte der Arzt dieser Bitte nicht nachkommen, vermerkt der Therapeut dieses auf der Verordnung.

- (8) Eine vom Arzt nicht näher spezifizierte Verordnung über die standardisierte Heilmittelkombination (D1) kann vom zugelassenen Vertragspartner nur dann angenommen und ausgeführt werden, wenn die Zulassung bzw. Abgabe- und Abrechnungsbefugnis für mindestens eine im Heilmittelkatalog genannte aktive Maßnahme (KG, KG-Gerät oder MT) vorhanden ist.

Es müssen mindestens drei verschiedene Maßnahmen (davon mindestens eine aktive Maßnahme) im Rahmen der standardisierten Heilmittelkombination erbracht werden, für die entsprechende Abgabe- und Abrechnungsbefugnisse vorhanden sein müssen.

Wird vom Arzt D1 verordnet und werden darüber hinaus spezielle Angaben zu Therapien/Geräten gemacht, kann nur der Therapeut die Verordnung annehmen, der eine dementsprechende Zulassung bzw. Abgabe- und Abrechnungsbefugnis für die verordneten einzelnen Leistungen hat.

Alle vom Arzt einzeln aufgeführten Maßnahmen der Standardisierten Heilmittelkombination sind zu erbringen und mit der Pos.-Nr. x2001 abzurechnen.

- (9) Hausbesuche können grundsätzlich vom nächstgelegenen Zugelassenen nicht abgelehnt werden. Mit den Hausbesuchspauschalen sind alle Kosten für den Hausbesuch einschließlich Wegegeld abgegolten. Weitere Kosten sind in diesem Zusammenhang nicht abrechenbar. Die Position für einen Hausbesuch kann pro Behandlungstag nur einmal abgerechnet werden. Die Abrechnung der beiden Pauschalen für einen Versicherten am selben Tag ist nicht zulässig.

§ 3

Datenträgeraustausch

Die Richtlinien zu § 302 SGB V in der jeweils gültigen Version sind bindend.

München, den 30.11.2018

Bayerische Krankenhausgesellschaft e.V.

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

BKK Landesverband Bayern

KNAPPSCHAFT
– Regionaldirektion München –

IKK classic