

Vertrag
gemäß § 125 SGB V

zwischen

dem Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen
Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V.

dem Deutschen Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V.

dem Deutschen Bundesverband für Logopädie e.V.

(nachfolgend Berufsverbände genannt)

und

dem BKK-Landesverband Ost

dem BKK-Landesverband NORD

(nachfolgend Landesverbände genannt)

Inhaltsverzeichnis

Präambel

- § 1 Gegenstand des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich
- § 3 Heilmittelrichtlinien/Rahmenempfehlungen/Zulassungsempfehlungen
- § 4 Organisatorische, personelle und räumliche Voraussetzungen
- § 5 Fortbildungen
- § 6 Wirtschaftlichkeit
- § 7 Abgabe der Heilmittel
- § 8 Qualitätssicherung
- § 9 Strukturqualität
- § 10 Prozessqualität
- § 11 Ergebnisqualität
- § 12 Inhalt und Umfang der Kooperation zwischen Leistungserbringer und
verordnendem Vertragsarzt
- § 13 Vergütung
- § 14 Institutionskennzeichen
- § 15 Abrechnung
- § 16 Prüfungen
- § 17 Haftung
- § 18 Werbung/Verbot der Einflussnahme
- § 19 Datenschutz
- § 20 Vertragsverstöße/Regressverfahren
- § 21 Inkrafttreten und Kündigung
- § 22 Salvatorische Klausel

Anlage 1 Anerkenniserklärung

Anlage 2 Vergütungsliste

Anlage 3 Leistungsbeschreibung

Anlage 4 Fortbildung

Präambel

Die Inhalte der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V und die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene abgeschlossenen Gemeinsamen Rahmenempfehlungen gemäß § 125 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln sind für die Leistungserbringung im Rahmen der ambulanten Heilmittelabgabe zu beachten.

Die Landesverbände und die mit der Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer beauftragten Berufsverbände schließen diesen Vertrag mit dem Ziel, eine einheitliche, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung mit Leistungen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie zu gewährleisten. Dies beinhaltet insbesondere eine Steigerung der Behandlungs- und Betreuungsqualität sowie eine insgesamt wirtschaftlichere, d. h. auch kostengünstigere Versorgung der Versicherten.

Die Partner dieses Vertrages verpflichten sich, die Regelungen dieses Vertrages gewissenhaft einzuhalten und umzusetzen.

§ 1

Gegenstand des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag regelt unter Berücksichtigung der jeweils geltenden Heilmittel-Richtlinien gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der Betriebskrankenkassen in den Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen mit Leistungen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie gemäß § 32 SGB V sowie die Abrechnung und Vergütung der erbrachten Leistungen.
- (2) Die nachfolgend benannten Anlagen sind Bestandteil des Vertrages:
 - Anlage 1 - Anerkenniserklärung
 - Anlage 2 - Vergütungsvereinbarung
 - Anlage 3 – Leistungsbeschreibung
 - Anlage 4 - Fortbildung

§ 2 Geltungsbereich

Dieser Vertrag gilt

- (I) für die Mitgliedskassen der BKK-Landesverbände in den Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen sowie für Betriebskrankenkassen die diesem Vertrag beigetreten sind,
- (II) für die Mitglieder der Berufsverbände sofern ihnen die Zulassung gemäß § 124 SGB V erteilt worden ist und sie die Anerkenniserklärung (Anlage 1 / Protokollnotiz II) unterzeichnet haben,
- (III) für Leistungserbringer, die nicht Mitglieder der Berufsverbände sind, sofern ihnen die Zulassung gemäß § 124 SGB V erteilt worden ist und sie die Anerkenniserklärung (Anlage 1) unterzeichnet haben.

§ 3 Heilmittelrichtlinien / Zulassungsempfehlungen

Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V sowie die Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 124 Abs. 4 SGB V in der jeweils geltenden Fassung sind von den zugelassenen Leistungserbringern zu beachten soweit dieser Vertrag keine abweichenden Regelungen enthält.

§ 4 Organisatorische, personelle und räumliche Voraussetzungen

- (1) Die Leistungserbringung nach diesem Vertrag setzt sowohl eine auf den Praxissitz als auch auf die verordnete Leistung bezogene Zulassung gemäß § 124 SGB V voraus.
- (2) Der Leistungserbringer hat die Mindestqualitätsstandards entsprechend den Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 124 Abs. 4 SGB V in der jeweils geltenden Fassung nachzuweisen und für die Behandlung der Versicherten ständig bereit zu halten. Dies gilt insbesondere auch für die Vorhaltung zusätzlicher Mindesttherapieflächen für Mitarbeiter.
- (3) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, Leistungen nach diesem Vertrag grundsätzlich selbst zu erbringen. Werden Mitarbeiter beschäftigt, so dürfen Behandlungen nur durch geeignetes Fachpersonal durchgeführt werden, das die Voraussetzungen nach § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V erfüllt. Behandlungen durch freie Mitarbeiter sind als Leistungen des zugelassenen

Leistungserbringers abrechnungsfähig, wenn der freie Mitarbeiter die Voraussetzungen nach § 124 Abs. 2 Nummer 1 SGB V erfüllt.

- (4) Der Leistungserbringer hat der für den einzelnen Landesverband zuständigen Stelle (Protokollnotiz I) alle Veränderungen, welche die Zulassung betreffen (z.B.: Namensänderung, Änderung der Praxisorganisation, Praxisverlegung, zulassungsrelevante Personalveränderungen) unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Er ist verpflichtet, alle für die Praxis tätigen Behandler, einschließlich freie Mitarbeiter, unter Nachweis der Qualifikation/en und der voraussichtlichen durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit zu melden.
- (5) Der Leistungserbringer/fachliche Leiter hat als Behandler ganztägig in seiner Praxis zur Verfügung zu stehen oder die qualifizierte Durchführung der Behandlung der Versicherten durch eine Fachkraft, welche die Voraussetzungen gemäß § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V erfüllt, in seiner Praxis sicherzustellen. Hiervon ausgenommen sind Krankheit, Urlaub oder berufliche Fortbildung bis zur Dauer von 8 Wochen.
- (6) Der Leistungserbringer/fachliche Leiter kann sich für die Dauer von bis zu 6 Monaten bei Verhinderung durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung bzw. bei Schwangerschaft/Mutterschaft entsprechend der Dauer der gesetzlichen Elternzeit vertreten lassen, sofern der Vertreter die Voraussetzungen gemäß § 124 Abs. 2 Nr. 1 und 3 SGB V erfüllt.
- (7) Vertretungen für länger als 6 Monate bedürfen der vorherigen Zustimmung der für den einzelnen Landesverband zuständigen Stelle. Absatz 6 gilt entsprechend.
- (8) Der Leistungserbringer hat unabhängig von der Dauer der Vertretung vor deren Beginn die Personalien und die voraussichtliche Dauer der Vertretung mitzuteilen sowie die fachliche Qualifikation des Vertreters nach § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V gegenüber der für den einzelnen Landesverband zuständigen Stelle nachzuweisen.
- (9) Die Zulassung gemäß § 124 SGB V endet unter anderem
 - (I) mit dem Ableben des Leistungserbringers/fachlicher Leiter, sie gilt jedoch übergangsweise bis zu sechs Monate fort, wenn die Leistungserbringung durch eine Fachkraft sichergestellt ist, welche die Voraussetzungen gemäß § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V erfüllt;
 - (II) mit dem Wegfall der in § 124 Abs. 2 SGB V genannten Voraussetzungen;
 - (III) bei Aufgabe, Übergabe oder Verkauf der Praxis;
 - (IV) bei Verlegung des Praxissitzes, sofern der Leistungserbringer seiner Verpflichtung aus § 4 Abs. 2 bis 4 nicht nachkommt.

§ 5¹ **Fortbildungen**

- (1) Der Zugelassene/fachliche Leiter hat sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß Anlage 4 fortzubilden. Als externe Fortbildungen gelten ausschließlich Fortbildungen, welche die Anforderungen gemäß Anlage 4 Punkte 5 und 7 erfüllen und nicht zu den Fortbildungen nach Punkt 6 zählen.

Die therapeutisch tätigen Mitarbeiter haben sich beruflich mindestens alle 2 Jahre fachspezifisch fortzubilden, Satz 2 gilt entsprechend. Der Nachweis über die absolvierten Fortbildungen ist auf Anforderung seines Berufsverbandes oder eines Landesverbandes zu erbringen.

- (2) Erfüllt der Zugelassene/fachliche Leiter die vereinbarte Fortbildungsverpflichtung nicht fristgerecht innerhalb des Betrachtungszeitraumes von 4 Jahren, so hat er diese unverzüglich nachzuholen. Ergibt sich bei der Überprüfung durch die Landesverbände, dass der Fortbildungsverpflichtete die Fortbildungspunkte für jeden abgeschlossenen Betrachtungszeitraum ab dem 1. August 2009 dennoch ganz oder teilweise nicht nachweisen kann, setzen ihm die Landesverbände eine Nachfrist von 12 Monaten. Die nachgeholt Fortbildungen werden nicht auf die laufende Fortbildungsverpflichtung angerechnet.
- (3) Vom Beginn der Frist an können die Landesverbände die Vergütung bis zum Monatsende der Vorlage des Nachweises über die erforderliche Fortbildung um pauschal 7,5 % des Rechnungsbetrages kürzen, nach einem halben Jahr verdoppelt sich dieser v.H.-Satz. Dieser gilt bei Wiederholungsfällen in der Heilmittelpraxis von Beginn an.

§ 6 **Wirtschaftlichkeit**

- (1) Der Leistungserbringer hat eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten nach den Regelungen dieses Vertrages sowie der §§ 2 Abs. 4, 12 Abs. 1 und 70 Abs. 1 SGB V zu gewährleisten.
- (2) Die Leistungen dürfen nur im notwendigen Umfang, entsprechend der Leistungsbeschreibung nach Anlage 3, in enger Kooperation mit dem verordnenden Vertragsarzt sowie unter Beachtung des fristgerechten Behandlungsbeginns abgegeben werden.
- (3) Zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven stellt der Leistungserbringer sicher, dass die Leistungsabgabe nur im medizinisch erforderlichen Umfang erfolgt; dies schließt eine laufende Überprüfung des Umfangs der von den Vertragsärzten verordneten und der erfolgten Leistungsabgabemenge im Rahmen der Erreichung des Behandlungsziels ein (Mengendegression).

¹ Hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung eines regelhaften, ggf. stichprobenartigen Prüfverfahrens vereinbaren die Vertragspartner die Erarbeitung einer Prüfvereinbarung (siehe Protokollnotiz III).

- (4) Kriterien einer wirtschaftlichen Leistungserbringung sind insbesondere:
- (I) Abstimmung der Ergebnisse der therapeutischen Befunderhebung mit der ärztlichen Therapiezieldefinition unter Berücksichtigung des verordneten Heilmittels
 - (II) Anwendung des verordneten Heilmittels gemäß der Leistungsbeschreibung
 - (III) fristgerechter Behandlungsbeginn
 - (IV) Regelbehandlungszeit je Therapieeinheit
 - (V) Behandlungsfrequenz
 - (VI) Status/Zustand und Kooperation des Patienten
 - (VII) Inhalt und Umfang der Kooperation nach § 12

§ 7 Abgabe der Heilmittel

- (1) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen vom Leistungserbringer nur abgegeben werden, wenn diese von einem Vertragsarzt nach den jeweils geltenden Heilmittel-Richtlinien gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V auf den dafür vorgesehenen Heilmittelverordnungen (Verordnungsmuster 14 bzw. für Vertragszahnärzte/Kieferorthopäden Verordnungsmuster 16) verordnet wurden.
- (2) Der Leistungserbringer darf vertragsärztliche Verordnungen erst dann annehmen, realisieren und abrechnen, sofern die Zulassung gemäß § 124 Abs. 2 SGB V durch die für den einzelnen Landesverband zuständige Stelle für jede der verordneten Leistungen schriftlich erteilt wurde.
- (3) Die vertragsärztliche Verordnung muss Angaben über Diagnose, Leitsymptomatik, ggf. Spezifizierung des Therapieziels, Art, Anzahl und ggf. Frequenz der Leistungen enthalten. Diese kann ausgeführt werden, wenn die für die Behandlung erforderlichen Informationen enthalten sind. Zur Abgabe dieser Leistungen ist der zugelassene Leistungserbringer entsprechend der in diesem Vertrag im Einzelnen definierten Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskriterien berechtigt und verpflichtet. Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
- (4) Die Abgabe der Leistungen hat nur an dem in der Zulassung nach § 124 SGB V genannten Praxissitz oder im Rahmen eines vertragsärztlich verordneten Hausbesuchs zu erfolgen. Der Leistungserbringer darf die Behandlung eines Versicherten nur in begründeten Einzelfällen nach Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt ablehnen.
- (5) Der Leistungserbringer ist nicht berechtigt, bei derselben Diagnose und/oder Leitsymptomatik die gleichen Leistungen aus verschiedenen vorliegenden vertragsärztlichen Verordnungen – auch bei Ausstellung von verschiedenen Vertragsärzten – abzugeben.

- (6) Die Abgabe von Doppelbehandlungen ist grundsätzlich ausgeschlossen, hiervon ausgenommen sind therapeutisch begründete Behandlungen. Die therapeutische Begründung wird auf dem Verordnungsvordruck vermerkt.
- (7) Die Durchführung der Behandlung ist unter Angabe der Maßnahme vom Leistungserbringer auf der Rückseite der Verordnung darzustellen und am Tage der Leistungsabgabe vom Versicherten oder in begründeten Einzelfällen von dessen gesetzlichen Vertreter durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig. Liegt die Verordnung im Original bei der Krankenkasse zur Genehmigung vor, erfolgt die Empfangsbestätigung über den Erhalt der Leistung auf einem gesonderten Beiblatt. Dieses ist dann mit der Originalverordnung im Rahmen der Abrechnung zu übermitteln.
- (8) Im Rahmen einer vertragsärztlichen Verordnung ist es unzulässig, andere als die verordnete/n Leistung/en abzugeben.
- (9) Der Leistungserbringer gewährleistet, dass die Versicherten der Betriebskrankenkassen nach den gleichen Grundsätzen wie Versicherte anderer gesetzlicher Krankenkassen behandelt werden.
- (10) Die Einhaltung der Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie der nach dem MPG relevanten Verordnungen (z.B. Betreiberverordnung und Medizingeräteverordnung) und der Unfallverhütungsvorschriften sind vom Leistungserbringer und von dessen Mitarbeitern zu beachten.

§ 8 Qualitätssicherung

- (1) Der Leistungserbringer hat eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten in der fachlich gebotenen Qualität zu gewährleisten und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.
- (2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen.

§ 9 Strukturqualität

Die Strukturqualität beschreibt die Möglichkeit des Therapeuten, aufgrund seiner individuellen Qualifikation, im Rahmen seines Arbeitsfeldes und unter Berücksichtigung der vorhandenen Infrastruktur qualitativ hochwertige Therapieleistungen zu erbringen. Die Strukturqualität umfasst insbesondere die organisatorischen, personellen, räumlichen und sächlichen Voraussetzungen für das Therapiegeschehen. Einzelheiten sind in § 4 dieses Vertrages geregelt.

§ 10 Prozessqualität

- (1) Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Therapieprozesse.
- (2) Zur Sicherung der Prozessqualität hat der Leistungserbringer insbesondere folgendes zu gewährleisten:
 - (I) Kooperation zwischen Leistungserbringer und verordnendem Vertragsarzt
 - (II) Orientierung der Behandlung an der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik), am Therapieziel und der Belastbarkeit des Versicherten
 - (III) Anwendung des verordneten Heilmittels
 - (IV) Behandlung gemäß der Leistungsbeschreibung
 - (V) Dokumentation des Behandlungsverlaufs gemäß Abs. 4
- (3) Der zugelassene Leistungserbringer muss bereit sein,
 - (I) eine Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Behandlung Beteiligten herbeizuführen,
 - (II) Versicherten und deren Angehörige im Einzelfall zu beraten und
 - (III) sich z.B. an Case-Managements und an Qualitätszirkeln (insbesondere auch mit Ärzten) zu beteiligen.
- (4) Der Leistungserbringer hat für jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdokumentation gemäß Ziffer 8. der Leistungsbeschreibung zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben. Aus der Verlaufsdokumentation sind alle Behandlungsdaten und das Behandlungsergebnis ersichtlich.
- (5) Die Verlaufsdokumentation über durchgeführte Behandlungen ist 3 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Der Leistungserbringer hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten.

§ 11 Ergebnisqualität

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

§ 12

Inhalt und Umfang der Kooperation zwischen Leistungserbringer und verordnendem Vertragsarzt

- (1) Eine zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln ist nur zu gewährleisten, wenn der verordnende Vertragsarzt und der die Verordnung ausführende Therapeut eng zusammenwirken.
- (2) Dies setzt voraus, dass zwischen dem Arzt, der bei der Auswahl der Heilmittel definierte Therapieziele zur Grundlage seiner Verordnung gemacht hat, und dem Therapeuten, der für die Durchführung der verordneten Maßnahme verantwortlich ist, eine Kooperation sichergestellt ist. Dies gilt für den Beginn, die Durchführung und den Abschluss der Heilmittelbehandlung.
- (3) Für den Beginn der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:
 - (I) Sofern der Vertragsarzt auf dem Verordnungsblatt keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, soll die Behandlung innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden.

Kann die Heilmittelbehandlung in dem genannten Zeitraum nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Dies ist nicht der Fall, wenn im begründeten Ausnahmefall zwischen Vertragsarzt und Leistungserbringer eine abweichende Regelung getroffen wurde, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert. Die einvernehmliche Änderung ist vom Leistungserbringer auf dem Verordnungsblatt zu begründen und zu dokumentieren.

- (II) Ergibt sich aus der Befunderhebung durch den Leistungserbringer, dass die Erreichung des vom verordnenden Vertragsarzt benannten Therapieziels durch ein anderes Heilmittel besser erreicht werden kann, hat der Leistungserbringer darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren, um eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans abzustimmen und ggf. eine neue Verordnung zu erhalten.
 - (III) Hat der verordnende Vertragsarzt Gruppentherapie verordnet und kann die Maßnahme aus Gründen, die der Arzt nicht zu verantworten hat, nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat der Therapeut den Arzt zu informieren und die Änderung auf dem Verordnungsblatt zu begründen.
- (4) Für die Durchführung der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:
 - (I) Eine Abweichung der vom Vertragsarzt angegebenen Frequenz bzw. eine Ergänzung der Frequenz durch den Leistungserbringer ist nur zulässig, wenn zuvor zwischen Leistungserbringer und Vertragsarzt ein abweichendes Vorgehen bzw. die zu ergänzende Frequenz verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung bzw. Ergänzung ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.

- (II) Ergibt sich bei der Durchführung der Behandlung, dass mit dem verordneten Heilmittel voraussichtlich das Therapieziel nicht erreicht werden kann oder dass der Patient in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Behandlung reagiert, hat der Leistungserbringer darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und die Behandlung zu unterbrechen. Die einvernehmliche Änderung des Therapieziels ist vom Leistungserbringer auf dem Verordnungsblatt zu dokumentieren. Soll die Behandlung mit einer anderen Maßnahme fortgesetzt werden, ist eine neue Verordnung erforderlich.
 - (III) Wird im Verlauf der Heilmittelbehandlung das angestrebte Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Behandlung zu beenden.
 - (IV) Wird die Behandlung länger als 14 Tage unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.
- (5) Begründete Ausnahmefälle für abweichende Regelungen für die in Abs. 3 und 4 angeführten Fristen sind:
- (I) Therapeutisch indizierte Unterbrechung in Abstimmung mit dem verordnenden Arzt (T)
 - (II) Krankheit des Patienten/Therapeuten (K)
 - (III) Urlaub des Patienten/Therapeuten (U)

Die benannten Ausnahmefälle sind durch den Leistungserbringer auf der Verordnung unter Hinzufügung des Datums und Handzeichens zu dokumentieren.

- (6) Für den Abschluss der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:
Sofern der behandelnde Vertragsarzt dies auf der Verordnung kenntlich gemacht hat, unterrichtet der Leistungserbringer diesen gegen Ende der Behandlungsserie schriftlich über den Stand der Therapie. Eine prognostische Einschätzung hinsichtlich der Erreichung des Therapieziels sowie ggf. aus dem Behandlungsverlauf resultierende Vorschläge zur Änderung des Therapieplans sind abzugeben, sofern der Leistungserbringer die Fortsetzung der Therapie für erforderlich hält.

§ 13 Vergütung

- (1) Die Vergütung der nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen ist in Anlage 2 geregelt.
- (2) Vom Versicherten dürfen mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung nach § 32 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 61 SGB V Zahlungen nicht gefordert werden. Der gesetzliche Zuzahlungsbetrag ist vom Leistungserbringer nach § 43b SGB V einzuziehen; Zuzahlungen dürfen nur für erbrachte Leistungen eingezogen

werden. Die Zuzahlung wird aus der vereinbarten Vergütung des einzelnen Heilmittels ermittelt.

§ 14 Institutionskennzeichen

- (1) Jeder zugelassene Leistungserbringer verfügt gemäß § 293 SGB V über ein berufsgruppenspezifisches Institutionskennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung verwendet. Für jede (Zweit-)Praxis ist ein gesondertes IK zu führen.
- (2) Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI) zu beantragen. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind ausschließlich der SVI unverzüglich mitzuteilen.

Mitteilungen an die Krankenkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.
- (3) Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist der für den einzelnen Landesverband zuständige Stelle bei der Zulassung mitzuteilen.

§ 15 Abrechnung

- (1) Die Abrechnung erfolgt bei der von der jeweiligen Krankenkasse benannten Abrechnungsstelle.
- (2) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung.
- (3) Nicht in Anspruch genommene Leistungen dürfen nicht und vorzeitig beendete Behandlungen dürfen nur in dem tatsächlich erbrachten Umfang berechnet werden.
- (4) Rechnungen, die den Anforderungen der Abrechnungsrichtlinien nicht entsprechen, können von der jeweiligen Krankenkasse zurückgewiesen werden.
- (5) Die monatliche Abrechnung ist ausschließlich unter dem Namen des zugelassenen Leistungserbringers einzureichen. Bei der Abrechnung ist das für den Tag der Leistungserbringung maßgebliche Institutionskennzeichen zu verwenden.
- (6) Dem Leistungserbringer bzw. der von ihm beauftragten Abrechnungsstelle obliegt die Beweispflicht für die ordnungsgemäße Anlieferung des Datenträgers bzw. des Ersatzbeleges und der Verordnungen bei der Krankenkasse. Die Abrechnung erfolgt unter Vorlage der Originalverordnung,

sofern diese der Krankenkasse nicht bereits vorliegt, mit Empfangsbestätigung des Versicherten (siehe § 7 Abs. 7 dieses Vertrages) nach Abschluss der jeweiligen Behandlung. Ist der Versicherte nicht unterschriftsfähig, ist dies auf der vertragsärztlichen Verordnung zu dokumentieren.

- (7) Eventuelle Teilabrechnungen bedürfen der Zustimmung der jeweiligen Krankenkasse. Der Erstrechnung ist die Originalverordnung beizufügen, der Folgerechnung eine Kopie der vertragsärztlichen Verordnung.
- (8) Überträgt der zugelassene Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er die jeweils zuständige Krankenkasse unverzüglich schriftlich zu informieren. Der Krankenkasse ist der Beginn und das Ende der Beauftragung sowie der Name der beauftragten Abrechnungsstelle rechtzeitig mitzuteilen. Es ist eine Erklärung des Leistungserbringers beizufügen, dass die Zahlung der Krankenkasse an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgt. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der jeweiligen Krankenkasse mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten der der Krankenkasse gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht. Die Abrechnungsstelle ist Erfüllungsgehilfe des zugelassenen Leistungserbringers entsprechend § 278 BGB.
- (9) Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehungen zwischen der Abrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet sind. Schädigt die Abrechnungsstelle anlässlich der Abrechnung die Krankenkasse, so haften der Leistungserbringer und die Abrechnungsstelle gesamtschuldnerisch (vgl. § 278 BGB). Forderungen der Krankenkasse gegen den Leistungserbringer können auch gegenüber der Abrechnungsstelle aufgerechnet werden.
- (10) Für die ordnungsgemäße Rechnungslegung sowie für die Einhaltung der vertraglichen Pflichten bleibt der Leistungserbringer verantwortlich, auch wenn eine Abrechnungsstelle beauftragt wurde.
- (11) Die Rechnungen werden unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung innerhalb von 28 Tagen bezahlt. Die Frist beginnt mit dem Tage des Eingangs der Abrechnung bei der Abrechnungsstelle. Wird die Zahlung durch Überweisung vorgenommen, gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde. Für maschinelle Abrechnungen im Rahmen des Datenträgeraustausches gilt eine verkürzte Zahlungsfrist von 14 Tagen.
- (12) Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Es gelten die gesetzlichen Verjährungsfristen (§ 195 BGB).

§ 16 Prüfungen

- (1) Jeder Landesverband kann Maßnahmen zur Prüfung der sich aus diesem Vertrag für den Leistungserbringer ergebenden Pflichten einleiten. Der zuständige Berufsverband hat insofern ein Antragsrecht. Die Einbindung des MDK bleibt den Landesverbänden unbenommen.
- (2) Der Landesverband teilt dem Leistungserbringer die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung spätestens 14 Tage vor der Prüfung mit. Auf Wunsch des Leistungserbringers ist dessen Berufsverband hinzuzuziehen. Soweit eine Begehung in den Räumlichkeiten des zugelassenen Leistungserbringers stattfindet, ist dem Landesverband und/oder einem von ihm bestellten Sachverständigen während der Öffnungszeiten der Praxis Zugang zu gewähren.
- (3) Der Leistungserbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen (z. B. die Verlaufsdocumentation, alle für die Zulassung nach § 124 Abs. 2 SGB V erforderlichen Nachweise) vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.
- (4) Über das Ergebnis der Prüfung ist ein Bericht zu erstellen. Soweit Beanstandungen festgestellt werden, entscheidet der Landesverband nach Anhörung des Leistungserbringers, welche Maßnahmen dieser zur Beseitigung der beanstandeten Sachverhalte innerhalb welcher Frist zu

treffen hat. Kommt der Leistungserbringer dem nicht nach, verfährt der Landesverband gemäß § 20 des Vertrages.

§ 17 Haftung

- (1) Die Haftung des Leistungserbringers richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen. Der zugelassene Leistungserbringer haftet für die von seinen Mitarbeitern erbrachten Leistungen in gleichem Umfang wie für seine eigenen Leistungen. Er hat regelmäßig die Praxisabläufe zu überprüfen.
- (2) Der Leistungserbringer haftet für die Tätigkeit seines Vertreters nach § 4 Abs. 5 im gleichen Umfang wie für seine eigene Tätigkeit.
- (3) Der Leistungserbringer haftet gegenüber der Krankenkasse für alle Schäden, die durch Verstöße gegen das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und sonstige datenschutzrechtliche Regelungen entstehen.
- (4) Der Leistungserbringer hat für jeden Praxissitz eine ausreichende Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden (Höhe Deckungssumme für Personenschäden mindestens 1.500.000 €) abzuschließen und zu unterhalten. Im Schadensfall haftet der Leistungserbringer allein und stellt die jeweilige Krankenkasse von Haftungen frei.

§ 18

Werbung/Verbot der Einflussnahme

- (1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Krankenkassen beziehen.
- (2) Vertragsärzte dürfen nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in ihrer Verordnungsweise beeinflusst werden.
- (3) Die Annahme von vertragsärztlichen Verordnungen und deren Weitergabe durch den Leistungserbringer (Vermittlung) an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile sowie die Zahlung von Vergütungen oder Provisionen für Zuweisung von Versicherten ist unzulässig. Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Aufträgen an Dritte gegen Kostenerstattung.

§ 19

Datenschutz

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen und unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind

Angaben gegenüber dem behandelnden Vertragsarzt und der zuständigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Der Leistungserbringer hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten.

- (2) Die §§ 35, 37 SGB I, § 284 SGB V sowie die §§ 67 bis 85 SGB X sind zu beachten.

§ 20

Vertragsverstöße/Regressverfahren

- (1) Die für den einzelnen Landesverband zuständige Stelle kann den Leistungserbringer bei nicht vertragsgemäßer Erfüllung der ihm obliegenden Aufgaben und Pflichten schriftlich verwarnen. Der Leistungserbringer ist vorher schriftlich anzuhören. Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann die für den einzelnen Landesverband zuständige Stelle eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000 EURO festsetzen. Unabhängig von der Vertragsstrafe ist der durch den Verstoß entstandene Schaden zu ersetzen.
- (2) Eine angemessene Vertragsstrafe kann zum Beispiel bei nachfolgenden Vertragsverstößen festgelegt werden.
 - (I) Nichterfüllung von organisatorischen und/oder sächlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen

- (II) Leistungsabgabe entgegen vertragsärztlicher Verordnung; Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt
 - (III) Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
 - (IV) Manipulation von Abrechnungsdaten
 - (V) Aufnahme von Leistungen nicht zugelassener Leistungserbringer (Praxen) in die eigene Abrechnung
 - (VI) Zahlung von Vergütungen für die Zuweisung von vertragsärztlichen Verordnungen
 - (VII) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz (§ 19)
 - (VIII) nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen
- (3) Wiederholte oder schwerwiegende Verstöße des Leistungserbringers, insbesondere die Nichterfüllung der vertraglichen Pflichten, können zu einer sofortigen Kündigung des Vertragsverhältnisses durch einen oder mehrere Landesverbände führen.

§ 21 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 1. Januar 2010 in Kraft.
- (2) Dieser Vertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von sechs Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres, frühestens zum 31. Dezember 2011, gekündigt werden. Die Kündigung hat mit eingeschriebenem Brief zu erfolgen. Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen. Sie ist mit eingeschriebenem Brief oder per Boten zuzustellen. Die Kündigung dieses Vertrages durch einen oder mehrere Landesverbände wirkt unmittelbar gegenüber den Leistungserbringern nach § 2 (II) oder (III). Die Kündigung durch einen Vertragspartner berührt die Weitergeltung des Vertrages zwischen den übrigen Vertragsparteien nicht.
- (3) Das gemäß § 2 (II) oder (III) mit dem einzelnen Leistungserbringer entstandene Vertragsverhältnis endet, ohne dass es einer separaten Kündigung bedarf, mit
- (I) der Beendigung der Zulassung gemäß § 124 SGB V,
 - (II) dem Widerruf der Zulassung gemäß § 124 SGB V i. V. mit § 47 Abs. 1 Nr. 2 SGB X.
- (4) Die Anlage 2 des Vertrages (Vergütungsliste) tritt am 1. Januar 2010 in Kraft. Maßgebend für die Anwendung der vereinbarten Vergütungen ist das Datum der Ausstellung der vertragsärztlichen Verordnung. Die Anlage 2 ist mit einer Frist von drei Monaten, erstmals zum 31. Oktober 2010 kündbar. Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen. Sie ist mit eingeschriebenem Brief oder per Boten zuzustellen. Die Kündigung der Anlage 2 (Vergütungsliste) durch einen oder mehrere Landesverbände wirkt unmittelbar gegenüber den Leistungserbringern nach § 2 (II) oder (III). Die Kündigung durch einen Vertragspartner berührt die Weitergeltung der Anlage 2 zwischen den übrigen Vertragsparteien sowie die weitere Wirksamkeit dieses Vertrages nicht.

§ 22 Salvatorische Klausel

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise nichtig/rechtswidrig sein oder werden, so wird hierdurch die Rechtswirksamkeit der übrigen Bestimmungen des Vertrages nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über die notwendigen Neuregelungen.
- (2) Bei Änderungen der Heilmittel-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 SGB V bzw. der Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V, sofern sie den Inhalt dieses Vertrages betreffen und vertragsrelevant sind, werden sich die Vertragspartner auf die erforderlichen Anpassungen dieses Vertrages verständigen.

Berlin, Frechen, Hamburg, Moers, den

Mania Malzahn

Deutscher Bundesverband der
Atem-, Sprech- und Stimm-
Lehrer/innen Lehrervereinigung
Schlaffhorst-Andersen e.V.

dbS Deutscher Bundesverband
der akademischen
Sprachtherapeuten
Bundesgeschäftsstelle
Goethestr. 16 - 47441 Moers
Tel. 02841 - 98 89 19 • Fax 02841 - 98 89 14

Deutscher Bundesverband
der akademischen Sprach-
therapeuten e.V.

dbi Deutscher
Bundesverband für
Logopädie e.V.

Bundesgeschäftsstelle
Augustinusstraße 11a
50226 Frechen

Deutscher Bundesverband
für Logopädie e.V.

[Signature]
BKK-Landesverband Ost

[Signature]
BKK-Landesverband NORD