

R a h m e n v e r t r a g

gemäß § 125 Sozialgesetzbuch V (SGB V)

zwischen

**dem Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen
Lehrervereinigung Schlaffhorst – Andersen e. V.
(dba)**

**dem Deutschen Bundesverband für Logopädie e. V.
(dbl)**

**dem Deutschen Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V.
(dbs)**

- nachfolgend Berufsverbände genannt -

und

**der AOK Schleswig-Holstein
- Die Gesundheitskasse -
zugleich für die Knappschaft, Hannover**

dem BKK-Landesverband NORD

dem IKK-Landesverband Nord

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Schleswig-Holstein und Hamburg, Kiel

- nachfolgend Landesverbände genannt -

auf der Grundlage der Vereinbarung vom 28.11.2005

Inhaltsverzeichnis

Gegenstand des Vertrages	3
Organisatorische Voraussetzungen	3
Wahl des Heilmittelerbringers	5
Leistungserbringung	5
Maßnahmen zur Qualitätssicherung	6
Strukturqualität	6
Prozessqualität	6
Ergebnisqualität	7
Verordnung / Behandlungsdurchführung.....	7
Wirtschaftlichkeit.....	9
Wirtschaftlichkeitsprüfung	10
Kooperation zwischen Therapeut und Arzt.....	11
Aufbewahrungsfrist	12
Vergütung	12
Datenschutz.....	13
Abrechnungsregelung	13
Vertragspartnerschaft	15
Vertragsausschuss	15
Vertragsverstöße / Regressverfahren	15
Inkrafttreten / Kündigung.....	16
Salvatorische Klausel.....	16

§ 1

Gegenstand des Vertrages

1. Der Vertrag regelt:
 - a) die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der Landesverbände der Krankenkassen mit Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie gemäß § 32 Abs. 1 SGB V;
 - b) die Vergütung der Leistungen und deren Abrechnung.

2. Fester Bestandteil des Vertrages sind
 - a) die Leistungsbeschreibung (Anlage 1 c zu den Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V)
 - b) die Einrichtungsrichtlinien gemäß den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V
 - c) die Vergütungsvereinbarungin der jeweils gültigen Fassung.

3. Der Vertrag gilt für:
 - a) die den Landesverbänden angeschlossenen Mitgliedskassen bzw. die Krankenkassen und die vertragsschließenden Berufsverbände
 - b) die Mitglieder der Berufsverbände, sofern ihnen die Zulassung erteilt worden ist
 - c) Behandler, die nicht Mitglieder eines Berufsverbandes sind, sofern sie eine entsprechende Beitrittserklärung unterzeichnen und ihnen die Zulassung erteilt worden ist.

4. Grundlage dieses Vertrages ist § 125 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit den Bestimmungen der Heilmittel-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V sowie der Rahmenempfehlung nach § 125 Abs. 1 SGB V.

5. Die Bestimmungen dieses Vertrages sind bei der Abgabe von Heilmitteln durch Zugelassene nach § 124 Abs. 2 SGB V und ihre gemäß den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V berufsrechtlich qualifizierten Mitarbeiter zu beachten.

§ 2

Organisatorische Voraussetzungen

1. Der Zugelassene / fachliche Leiter hat als Behandler ganztägig (mindestens 32 Wochenstunden an 4 Werktagen) in seiner Praxis zur Verfügung zu stehen oder die qualifizierte Durchführung der Behandlung der Versicherten in seiner Praxis sicherzustellen. Hiervon ausgenommen sind Zeiten von Krankheit, Urlaub oder beruflicher Fortbildung bis zur Dauer von 8 Wochen.

2. Der Zugelassene / fachliche Leiter kann bis zur Dauer von sechs Monaten bei Verhinderung durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung sowie bei Schwangerschaft / Mutterschaft entsprechend der Dauer des Mutterschutzes / der Elternzeit nach dem Mutterschutzgesetz / Bundeserziehungsgeldgesetz oder entsprechender Regelungen des Landes Schleswig-Holstein in seiner Praxis vertreten werden. Der Vertreter muss persönlich die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V (Ausbildung und Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung) erfüllen. Die zuständigen Landesverbände sind über die Vertretung und den entsprechenden Zeitraum zuvor schriftlich zu informieren; die Nachweise über die Qualifikation des Vertreters sind der Mitteilung an die Landesverbände der Krankenkassen beizufügen.
3. Vertretungen über die in Ziffer 2 geregelten Zeiträume hinaus bedürfen der Zustimmung der Landesverbände. Sie sind grundsätzlich 6 Wochen im Voraus schriftlich zu beantragen. Der Zugelassene hat die Personalien und die voraussichtliche Dauer der Vertretung mitzuteilen und nachzuweisen, dass der Vertreter die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V erfüllt.
4. Der Zugelassene haftet im gesetzlichen Rahmen für die Tätigkeit des Vertreters nach Ziffern 2 und 3 in gleichem Umfang wie für die eigene Tätigkeit. Die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) gelten entsprechend.
5. Die Landesverbände sind über andere zulassungsrelevante Personalveränderungen unverzüglich schriftlich zu informieren. Hierbei sind die Voraussetzungen nach § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V sowie die zusätzlichen Behandlungsräume und –flächen (§ 4 Ziffer 4b) nachzuweisen.
6. Der Zugelassene ist auf Anforderung verpflichtet, den zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen innerhalb von zwei Wochen seine in der Praxis beschäftigten, fachlich qualifizierten Mitarbeiter und freien Mitarbeiter schriftlich zu melden sowie deren Qualifikation/en und deren wöchentliche vereinbarte Arbeitszeit nachzuweisen.
7. Der Zugelassene hat die Praxisräume bzw. –flächen gemäß den Zulassungsempfehlungen in der jeweiligen bei Antragstellung geltenden Fassung nachzuweisen und ständig für die Behandlung der Versicherten der Krankenkassen bereit zu halten.
8. Die Einhaltung der Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie der nach dem MPG relevanten Verordnungen (z.B. Betreiberverordnung und Medizingeräteverordnung) und der Unfallverhütungsvorschriften sind vom Zugelassenen und von dessen Mitarbeitern zu beachten.
9. Der Zugelassene hat eine Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung in ausreichender Höhe abzuschließen und den Nachweis hierüber zu erbringen.

§ 3

Wahl des Heilmittelerbringers

1. Den Versicherten steht die Wahl unter den zugelassenen Heilmittelerbringern frei. Sie dürfen in dieser Wahl nicht beeinflusst werden.
2. Die Landesverbände bzw. die Krankenkassen geben ihren Versicherten auf Anfrage oder in sonst geeigneter Weise die Anschriften der Zugelassenen bekannt, die an der Versorgung auf der Basis dieses Vertrages mitwirken.
3. Mit der Leistungspflicht der Krankenkasse/n darf nicht geworben werden.

§ 4

Leistungserbringung

1. Die Durchführung einer Behandlung darf nur von hierfür gemäß den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V qualifizierten Therapeuten und in nach § 124 Abs. 2 SGB V zugelassenen Praxen erfolgen. In Ausnahmefällen ist die Therapie behinderter Kinder in integrativen bzw. heilpädagogischen Einrichtungen zulässig.
2. Der Zugelassene erbringt Leistungen persönlich oder lässt Leistungen nach diesem Vertrag durch seine gemäß den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V berufsrechtlich qualifizierten Mitarbeitern durchführen. Hierzu gehören auch vertragsärztlich verordnete Hausbesuche. Diese können grundsätzlich von dem nächstliegenden Heilmittelerbringer nicht abgelehnt werden. Sie sind in der häuslichen Umgebung des Versicherten zu erbringen. Als häusliche Umgebung gelten auch z. B. Einrichtungen der Kurzzeitpflege.
3. Ist der Zugelassene eine juristische Person oder eine rechtsfähige bzw. nicht-rechtsfähige Personenvereinigung, obliegt die Verantwortung dem in der Zulassungsbestätigung benannten verantwortlichen fachlichen Leiter. Die organisatorischen Voraussetzungen nach § 2 gelten entsprechend.
4. Von angestellten Mitarbeitern erbrachte Behandlungen können als Leistungen des Zugelassenen abgerechnet werden, wenn
 - a) diese qualifizierte Therapeuten im Sinne der Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V (Ausbildung und Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung) sind;
 - b) für jeden gleichzeitig tätigen Mitarbeiter die in den Einrichtungsrichtlinien genannten Behandlungsräume bzw. Behandlungsflächen vorhanden sind.

5. Von freien Mitarbeitern erbrachte Behandlungen können als Leistungen des Zugelassenen abgerechnet werden, wenn diese die in § 4 Ziffer 4 genannten Anforderungen erfüllen und nachweisen. Ziffer 4. Buchstabe b gilt entsprechend, auch wenn die freie Mitarbeiterschaft ausschließlich für Hausbesuche vereinbart wurde.
6. Der Zugelassene haftet für von angestellten und freien Mitarbeitern erbrachte Leistungen nach den gesetzlichen Bestimmungen in gleichem Umfang wie für seine eigenen Leistungen. Er hat sich dafür regelmäßig den erforderlichen Überblick über den Praxisablauf zu verschaffen.
7. Die Leistungen sind ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Sie haben dem gemäß § 70 SGB V allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Es ist darauf zu achten, dass die Leistungen nur in notwendigem Umfang in Anspruch genommen werden.
8. Der Zugelassene / fachliche Leiter und seine Mitarbeiter haben sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation beruflich mindestens alle 2 Jahre extern fachspezifisch fort- oder weiterzubilden*. Der Nachweis hierüber ist auf Anforderung der Berufsverbände oder eines Landesverbandes der Krankenkassen zu erbringen.

§ 5

Maßnahmen zur Qualitätssicherung

1. Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen.
2. Die Landesverbände der Krankenkassen sind jederzeit berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten zu prüfen.

Strukturqualität

3. 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.

Prozessqualität

4. Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Therapieprozesse.

* Die Vertragspartner stimmen darin überein, eine abschließende vertragliche Regelung gemäß § 125 Abs. 2 Satz 2 SGB V nach Vereinbarung des strukturierten Fortbildungskonzeptes zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene zu treffen.

5. Zur Sicherung der Prozessqualität hat der Heilmittelerbringer insbesondere Folgendes zu gewährleisten:
 - Kooperation zwischen Heilmittelerbringer und verordnendem Vertragsarzt
 - Orientierung der Behandlung an der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik), am Therapieziel und der Belastbarkeit des Versicherten.
 - Anwendung des verordneten Heilmittels
 - Behandlung gemäß der Leistungsbeschreibung
 - Dokumentation des Behandlungsverlaufs.

6. Der Heilmittelerbringer muss darüber hinaus grundsätzlich bereit sein,
 - eine Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Behandlung Beteiligten herbeizuführen
 - Patienten und deren Angehörige im Einzelfall als Teil der therapeutischen Leistung zu beraten und
 - sich z.B. an Case-Managements und an Qualitätszirkeln (insbesondere auch mit Ärzten) zu beteiligen.

7. Der Heilmittelerbringer hat für jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdokumentation gemäß Anlage 1 c Ziffer 8 der Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs.1 SGB V zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben.

Ergebnisqualität

8. 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.

§ 6

Verordnung / Behandlungsdurchführung

1. Vertragsleistungen dürfen nur ausgeführt werden, wenn sie von einem Vertragsarzt auf dem jeweils gültigen Verordnungsmuster für Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie verordnet oder von Vertragszahnärzten und Vertragskieferorthopäden auf den dafür vorgesehenen Verordnungsmustern verordnet sind.

2. Mit der Behandlung darf erst begonnen werden, wenn die Zulassung nach § 124 Abs. 2 SGB V durch die Landesverbände der Krankenkassen erteilt ist.

3. Diagnose, Leitsymptomatik (ggf. Spezifizierung des Therapieziels), Art, Anzahl, Therapiezeit und Frequenz der Leistungen ergeben sich aus der vom Vertragsarzt ausgestellten Verordnung. § 91 Abs. 9 SGB V i.V.m. § 92 Abs. 1 Ziffer 6 SGB V gilt. Die Partner des Rahmenvertrages sind sich darin einig, dass für den Fall, dass ein Vertragsarzt hinsichtlich

- des Ausstellungsdatums
- der Verordnung nach Maßgabe des Kataloges
- des verordneten Heilmittels
- der Therapiedauer
- der Verordnungsmenge
- der Therapiefrequenz
- des Indikationsschlüssels
- der Diagnose mit Leitsymptomatik

eine unvollständige oder fehlerhafte Verordnung ausstellt, der Heilmittelerbringer eine Ergänzung oder Korrektur dieser Inhalte vornehmen kann. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Ergänzungen oder Korrekturen zuvor zwischen Heilmittelerbringer und Vertragsarzt einvernehmlich abgestimmt wurden. Dieses ist auf dem Verordnungsvordruck mit Datum und Handzeichen zu versehen und zu dokumentieren. (Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite der Verordnung). Zur Abgabe der Leistungen ist der Zugelassene dann entsprechend der Leistungsbeschreibung berechtigt und verpflichtet.

4. a) Für den Beginn der Behandlung ist die Verordnung des Vertragsarztes maßgebend. Fehlt eine solche Angabe in der Verordnung, beginnt die Erstbehandlung spätestens 14 Tage nach Ausstellung der vertragsärztlichen Verordnung (die Regelungen der §§ 186 ff. BGB gelten entsprechend).

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 Heilmittelerbringer eine abweichende Regelung getroffen wurde, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert. Die einvernehmliche Änderung ist vom Heilmittelerbringer auf dem Ordnungsblatt zu begründen, mit Datum und Handzeichen zu versehen und zu dokumentieren. (Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Ordnungsblatts.)

- b) Für die Abstände zwischen den einzelnen Leistungen (Behandlungsintervalle) ist ebenfalls die Verordnung des Arztes maßgebend.

Bei der Behandlungsserie darf das Behandlungsintervall zwischen den einzelnen Behandlungstagen 14 Tage nicht überschreiten, es sei denn, der voraussichtliche Therapieerfolg veranlasst andere Behandlungszeiten zu wählen. Wird die Behandlung länger als 14 Tage unterbrochen, verliert die Verordnung für die noch nicht durchgeführten Behandlungen ihre Gültigkeit. Für Unterbrechungszeiten von längstens (zusammenhängend) 8 Wochen gilt dies nicht in den begründeten Ausnahmefällen :

F = Ferien bzw. Urlaub des Patienten / Behandlers

A = Terminabsage durch Patienten / Behandler

K = Krankheit des Patienten / Behandlers

T = therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung

Der Grund der Behandlungsunterbrechung wird auf der Verordnung ausschließlich mit den vorgenannten Kürzeln gekennzeichnet. Dieses erfolgt auf der Rückseite des Verordnungsblatts (Muster 14) in dem Abschnitt „Empfangsbestätigung durch den Versicherten“ neben dem betreffenden Datum.

- c) für Leistungen, die nach dem Zeitpunkt des Ungültigwerdens einer Verordnung im Sinne der Ziffern 4 a) und b) erbracht werden, besteht kein Vergütungsanspruch.
5. Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für den Versicherten, für den sie ausgestellt ist.
6. Die empfangenen Maßnahmen sind grundsätzlich am Tage der Leistungsabgabe vom Patienten, ersatzweise durch Angehörige / Betreuende durch Unterschriftsleistung auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Bestätigungen im Voraus sind nicht zulässig.
7. 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. Die gesetzliche Zuzahlung ist in § 32 SGB V i.V.m. § 61 SGB V geregelt. Sie ist höchstens auf die Kosten der Heilmitteltherapie begrenzt und gemäß § 43 b SGB V vom Heilmittel-erbringer auch nur in dieser Höhe zu erheben. Erstattet der Heilmittelerbringer zuviel gezahlte Zuzahlungen, ändert er die Patientenquittung entsprechend.
9. Grundsätzlich sollen stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Leistungen je Behandlungstag maximal nur einmal abgegeben werden; in seltenen medizinischen Fällen kann der Arzt auch eine Doppelbehandlung (Pos.-Nrn. X3102, X3103, X3220, X3222) verordnen. Solche Doppelbehandlungen bedürfen der ausdrücklichen ärztlichen Verordnung. Durch die Verordnung von Doppelbehandlungen erhöht sich die im Heilmittelkatalog genannte diagnosebezogene „Verordnungsmenge im Regelfall“ nicht.

§ 7

Wirtschaftlichkeit

1. Die Wirtschaftlichkeit ist als „Zweck-Mittel-Relation“ zu verstehen. Danach ist entweder ein bestimmtes Therapieziel mit geringstmöglichem Mitteleinsatz (Therapiemaßnahmen) zu erreichen oder - insbesondere bei chronischen Erkrankungen - mit gegebenen Therapiemaßnahmen der größtmögliche Nutzen (Therapieerfolg) zu erzielen.
2. Kriterien einer wirtschaftlichen Leistungserbringung sind insbesondere:
 - Abstimmung der Ergebnisse der therapeutischen Befunderhebung mit der ärztlichen Therapiezieldefinition unter Berücksichtigung des verordneten Heilmittels
 - Anwendung des verordneten Heilmittels gemäß der Leistungsbeschreibung, Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt
 - Fristgerechter Behandlungsbeginn
 - Regelbehandlungszeit je Therapieeinheit

- Behandlungsdauer bis zur Erreichung des Therapieziels
- Behandlungsfrequenz
- Status / Zustand und Kooperation des Patienten.

§ 8

Wirtschaftlichkeitsprüfung

1. Die Landesverbände können Maßnahmen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 7 Ziffer 2 einleiten. Der jeweilige Berufsverband kann solche Maßnahmen für seine Mitglieder beantragen.
2. Die Landesverbände teilen dem zugelassenen Heilmittelerbringer die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung mit einer Frist von 3 Wochen vor der Maßnahme mit. Auf Wunsch des Heilmittelerbringers ist dessen Berufsverband hinzuzuziehen.
3. Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist den von den Landesverbänden bestellten Sachverständigen innerhalb der Praxiszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren.
4. Der Heilmittelerbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hierzu zählen insbesondere die Angaben nach § 124 Abs. 2 SGB V, die Verlaufsdocumentation, die Qualifikationsnachweise und andere sich aus diesem Vertrag ergebende Nachweise.
5. Über die Prüfung ist ein Bericht zu erstellen, in dem der Gegenstand und das Ergebnis der Prüfung sowie notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Beanstandungen aufgezeigt werden.
6. Soweit Beanstandungen festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände nach Anhörung des Heilmittelerbringers, welche Maßnahmen der Heilmittelerbringer zur Beseitigung der Defizite und innerhalb welcher Frist zu treffen hat.
7. Sofern die Beanstandungen nicht innerhalb der Frist nach Ziffer 6 behoben wurden, liegt ein Vertragsverstoß gemäß § 16 vor und berechtigt die Landesverbände, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.
8. Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen zu beachten.

§ 9

Kooperation zwischen Therapeut und Arzt

1. Der Zugelassene und seine Mitarbeiter kooperieren im Interesse einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Heilmitteln mit dem verordnenden Vertragsarzt. Dies gilt für den Beginn, die Durchführung und den Abschluss der Heilmittelbehandlung.
2. Bei Beginn der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:
 - Ergibt sich aus der Befunderhebung durch den Heilmittelerbringer, dass die Erreichung des vom verordnendem Vertragsarzt benannten Therapieziels durch ein anderes Heilmittel besser erreicht werden kann, hat der Heilmittelerbringer 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.
 - 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 und mit Datum und Handzeichen zu versehen. (Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Verordnungsblattes.)
3. Bei der Durchführung der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:
 - 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 Therapeut darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und die Behandlung zu unterbrechen. Die einvernehmliche Änderung des Therapieziels ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsblatt mit Datum und Handzeichen zu versehen und zu dokumentieren. Soll die Behandlung mit einer anderen Maßnahme fortgesetzt werden, ist eine neue Verordnung oder Änderung der Verordnung durch den Vertragsarzt erforderlich.
 - Wird im Verlauf der Heilmittelbehandlung das angestrebte Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Behandlung zu beenden.
4. Für den Abschluss der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:

Sofern der behandelnde Vertragsarzt dies auf der Verordnung kenntlich gemacht hat, unterrichtet der Heilmittelerbringer 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 Heilmittelerbringer die Fortsetzung der Therapie für erforderlich hält.
5. Der Heilmittelerbringer darf die Behandlung eines Versicherten in begründeten Einzelfällen nach Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt oder der zuständigen Krankenkasse ablehnen.

6. Der Heilmittelerbringer darf den Vertragsarzt nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in seiner Verordnungsweise beeinflussen.

§ 10

Aufbewahrungsfrist

Die Verlaufsdokumentation nach Anlage 1 c Ziffer 8 der Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs.1 SGB V ist 3 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Der Leistungserbringer hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten (vgl. § 12).

§ 11

Vergütung

1. Die Vergütung der vertraglichen Leistungen erfolgt nach der Vergütungsvereinbarung in der jeweils geltenden Fassung.
2. Im Rahmen der vertraglichen Leistungen dürfen nur Zuzahlungen gemäß § 32 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 61 SGB V gefordert und angenommen werden.
3. Ist weder das Feld „Gebühr frei“ noch das Feld „Gebühr pflicht“ auf dem Verordnungsblatt angekreuzt oder sind beide Felder angekreuzt, gilt der Versicherte als nicht von der Zuzahlung befreit. Wird ein gültiger Befreiungsbescheid der Krankenkasse vorgelegt und hat der Arzt in einem solchen Fall das Feld „Gebühr frei“ nicht angekreuzt oder hat er nur das Feld „Gebühr pflicht“ angekreuzt oder beide Felder angekreuzt, ist der Therapeut berechtigt, unter Angabe seines Handzeichens das Feld „Gebühr frei“ anzukreuzen und ggf. das Feld „Gebühr pflicht“ zu korrigieren.
4. Der vom Vertragsarzt auf der Verordnung angegebene Indikationsschlüssel ist in der Abrechnung (dort in den Abrechnungsdatensätzen) der Krankenkasse zu übermitteln.
5. Die Vergütung sollte grundsätzlich prospektiv für einen zukünftigen Zeitraum vereinbart werden. Bei Ablauf einer Vereinbarung haben die Vertragspartner sicherzustellen, dass zeitnah Folgeverhandlungen stattfinden. Bis zu einer neuen Vereinbarung sind die bisherigen Höchstpreise der Abrechnung zugrunde zu legen.

§ 12

Datenschutz

1. Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen und unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber dem behandelnden Vertragsarzt und der zuständigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Der Heilmittelerbringer 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.

§ 13

Abrechnungsregelung

1. Für die Abrechnung gilt § 302 SGB V. Die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Absatz 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ sind verbindlich in der jeweils geltenden Fassung anzuwenden.
2. Jeder Leistungserbringer ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Ziffer 1 bei der Datenannahme- und Verteilstelle der jeweiligen Krankenkasse anzumelden. Auf Verlangen der Datenannahme- und Verteilstelle ist die Funktionssicherheit der eingesetzten Software in einem Testverfahren zu dokumentieren.
3. Die Rechnungslegung erfolgt in der Regel monatlich nach Abschluss der Behandlungen. Die im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermittelnden Daten sind zu den jeweils angegebenen Terminen an die von den Krankenkassen benannten Abrechnungsstellen zu liefern.

Bei Behandlungen, die sich über einen Zeitraum von länger als 2 Monaten erstrecken, die jedoch monatlich abgerechnet werden, sind bei Zwischenabrechnungen Kopien der entsprechenden Unterlagen beizufügen. Das Original ist der Endabrechnung beizufügen.

4. Die Leistungen werden grundsätzlich gemäß dieser Vereinbarung von der in der Verordnung angegebenen Krankenkasse vergütet. Sofern gegenüber der auf der ärztlichen Verordnung benannten Krankenkasse kein Leistungsanspruch besteht, kann die Krankenkasse mit Hinweis auf den zuständigen Sozialleistungsträger die Abrechnung an den Abrechner zurückgeben. Verneint auch dieser Sozialleistungsträger den Anspruch, dann ist die ursprünglich auf der Verordnung genannte Krankenkasse leistungspflichtig. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Krankenkasse dem Zugelassenen die eingereichten Unterlagen bzw. die Datensätze zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben.

Beanstandungen müssen innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang geltend gemacht werden. Rückforderungen können – auch ohne Einverständnis – mit einer der nächsten Abrechnungen verrechnet werden.

5. Die Bezahlung der Rechnungen auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt grundsätzlich innerhalb von 14 Tagen nach Eingang aller Abrechnungsdaten und Belege bei der jeweiligen Datenannahme- und Verteilstelle bzw. der Krankenkasse oder einer von ihr beauftragten Stelle. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

Werden die von den Leistungserbringern den Krankenkassen zu übermittelnden Daten nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, haben die Krankenkassen die Daten nach zu erfassen. Die Zahlungsfrist verlängert sich in derartigen Fällen auf 4 Wochen nach Rechnungseingang bei den von den Krankenkassen benannten Stellen. Der Leistungserbringer hat bei der Abrechnung die Vorgaben des § 2 Abs. 1 der Richtlinien zwingend zu berücksichtigen und die Papierabrechnung mit den Inhalten gemäß der §§ 5 und 6 der Richtlinien zu übermitteln. Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der Abrechner zu vertreten hat, haben die Krankenkassen die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen Abrechnern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5% des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen (§ 303 Abs. 3 SGB V).

6. Der Einzug der Zuzahlung gemäß § 32 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 61 SGB V erfolgt durch den Leistungserbringer entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen.
7. Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerbergesetz (AsylBLG), dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Infektionsschutz-Gesetz (IfSG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie für Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer gesetzlicher Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform **auf Anforderung der Krankenkasse** zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.
8. Sofern eine Abrechnungsstelle Verordnungen zur Abrechnung einreicht, zahlen die Krankenkassen an diese mit schuldbefreiender Wirkung, es sei denn, die Abrechnungsstelle hat nur die Rechnungslegung übernommen und die Zahlungen sollen ausweislich der Rechnung an den Leistungserbringer direkt erfolgen. Sofern der Leistungserbringer den Krankenkassen das Ende des Auftragsverhältnisses zu einer Abrechnungsstelle mitteilt, stellen die Krankenkassen sicher, dass keine Zahlungen an diese Abrechnungsstelle mehr erfolgen.
9. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Ziffer 8 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung mit dem Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist den Krankenkassen bzw. deren Verbänden vorzulegen.

§ 14

Vertragspartnerschaft

1. Der Vertrag geht vom Grundsatz vertrauensvoller Zusammenarbeit aus.
2. Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Zweifelsfragen, die sich aus diesem Vertrag ergeben, werden von den Vertragspartnern gemeinsam geklärt.

§ 15

Vertragsausschuss

Zur Klärung von Meinungsverschiedenheiten und Zweifelsfragen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern kann ein Vertragsausschuss gebildet werden. Dieser setzt sich aus Vertretern der Landesverbände einerseits und Vertretern der Berufsverbände andererseits paritätisch zusammen.

Der Vertragsausschuss ist auf Antrag eines Vertragspartners einzuberufen. Einzelheiten hierüber werden in einer Geschäftsordnung von den Vereinbarungspartnern festgelegt.

§ 16

Vertragsverstöße / Regressverfahren

1. Erfüllt ein Heilmittelerbringer oder ein Vertragspartner die ihm obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann ihn der betroffene Landesverband schriftlich verwarnen; der Landesverband setzt eine angemessene Frist für die Beseitigung des Vertragsverstoßes durch den Heilmittelerbringer fest.
2. Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann der betroffene Landesverband im Einvernehmen mit dem Vertragsausschuss (§ 15) nach erfolgter Anhörung eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000,- EURO festsetzen. Schwerwiegende Vertragsverstöße rechtfertigen auch den sofortigen Zulassungsentzug. Unabhängig davon ist der Schaden zu ersetzen.

Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:

- Nichterfüllung der sächlichen und / oder räumlichen und / oder fachlichen und / oder personellen Voraussetzungen
- Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
- wiederholter Verstoß gegen § 6 Ziffer 6 Satz 2
- wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz (vgl. § 12)
- nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen
- wiederholte Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt.

§ 17

Inkrafttreten / Kündigung

1. Dieser Vertrag tritt am **01.01.2006** in Kraft. Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann unter Einhaltung einer Frist von 6 Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. **Der Rahmenvertrag vom 01.01.2003 wird hiermit ersetzt.**
2. Für die Kündigung der Vergütungsvereinbarung gelten die jeweils vereinbarten Fristen.
3. Die Gültigkeit dieses Vertrages wird durch eine Kündigung der Vergütungsvereinbarung nicht berührt.
4. Für bisher zugelassene Mitglieder der Berufsverbände gilt dieser Vertrag, ohne dass der Zugelassene eine gesonderte Erklärung abgeben muss.

§ 18

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

Frechen-Königsdorf, Hamburg, Kiel, Lübeck, Moers, 28.11.2005

Mania Malzahn

- dba - Deutscher Bundesverband der
Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen
Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V.
Landesgruppe Schleswig-Holstein

Rg

AOK Schleswig-Holstein
- Die Gesundheitskasse -

L. J. Kahl

- dbf - Deutscher Bundesverband für
Logopädie e.V.
Landesgruppe Schleswig - Holstein

i. A. J.

- BKK Landesverband NORD

C. K.

- dbs - Deutscher Bundesverband der
akademischen Sprachtherapeuten e. V.
Landesgruppe Schleswig - Holstein

i. A. K.

IKK Landesverband NORD

i. A. K.

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Schleswig-Holstein und Hamburg