Vertrag
gemäß § 125 Abs. 2 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)**

der **LOGO Deutschland e. V.**

- nachstehend Berufsverbände genannt -

einerseits

und

der **AOK NORDWEST**

dem **BKK-Landesverband NORDWEST**

der **IKK classic**

der **Knappschaft**

- nachstehend Landesverbände der Krankenkassen genannt -

andererseits

wird für die Region Westfalen-Lippe folgender Vertrag gemäß § 125 Abs. 2 SGB V geschlossen:

Präambel

Dieser Vertrag wird auf der Grundlage der Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln nach § 125 Abs. 1 SGB V in der Fassung vom 25.09.2006 für den Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie geschlossen und geht vom Grundsatz vertrauensvoller Zusammenarbeit aus. Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages zu sorgen. Zweifelsfragen, die sich aus der Anwendung dieses Vertrages ergeben, werden von den Vertragspartnern möglichst gemeinsam geklärt.

§ 1
Vertragsgegenstand und Geltungsbereich

(1) Gegenstand des Vertrages ist die Erbringung und Vergütung atem-, stimm-, sprech- und sprachtherapeutischer Leistungen bei Störungen der Stimme, der Atmung, der Sprache, des Redeflusses, der Stimm- und Sprechfunktion, des Hörens sowie des Schluckaktes für die Versicherten der Krankenkassen. Die Anforderungen

- der Heilmittel-Richtlinie (http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/), sowie
- der Richtlinien nach § 302 SGB V für die Abrechnung der Sonstigen Leistungserbringer (http://www.gkv-datenaustausch.de/Aktuell_Leistungserbringer_Sole_Ta.gkvnet)

gelten in der jeweils aktuellen Fassung, soweit in diesem Vertrag nichts anderes geregelt wird.

(2) Dieser Vertrag gilt

- für die Krankenkassen der von den Landesverbänden der Krankenkassen vertretenen Kassenarten,
- für die Mitglieder der Berufsverbände, die bereits zugelassen sind (§ 3 des Vertrages), und
- für Leistungserbringer/innen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, wenn sie im Rahmen der Zulassung diesen Vertrag anerkennen (vgl. **Anlage 1**).

§ 2
Allgemeine Grundsätze

(1) Heilmittel im Sinne dieses Vertrages sind atem-, stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Leistungen, die nach der Heilmittel-Richtlinie verordnungsfähig und in der Vereinbarung über Höchstpreise (vgl. **Anlage 2**) vereinbart sind.

(2) Leistungen nach diesem Vertrag werden auf der Grundlage einer gültigen vertragsärztlichen Verordnung (Vordruckmuster 14; bei Zahnärzten und Kieferorthopäden Muster 16) erbracht, müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, dürfen nicht bewirkt werden. Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar und gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist

(3) Die abgegebene therapeutische Leistung ist von der/dem Leistungserbringer/in auf der Rückseite der Verordnung eindeutig zu bezeichnen und am Tage der Leistungsabgabe von der Patientin/dem Patienten, ihrem/seinem gesetzlichen Vertreter oder in begrün-

deten Ausnahmefällen einer von ihr/ihm beauftragten Person[1] durch Unterschriftsleistung auf dem Verordnungsvordruck bestätigen. Unterschriftsleistungen durch die Leistungserbringerin /den Leistungserbringer sowie Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig.

(4) Die Vertragspartner wirken darauf hin, dass die Versicherten und ggf. ihre Bezugspersonen durch aktive Mitwirkung an Behandlungsmaßnahmen dazu beitragen, Krankheiten zu verhindern und deren Verlauf und Folgen zu mildern.

(5) Die/der zugelassene Leistungserbringer/in gewährleistet, dass die Versicherten aller Krankenkassen nach gleichen Grundsätzen behandelt werden.

(6) Den Versicherten steht die Wahl unter den zugelassenen Praxen frei.

(7) Die/der zugelassene Leistungserbringer/in haftet - auch für Tätigkeiten sämtlicher Mitarbeiter/innen - gegenüber den Versicherten und den Krankenkassen nach den Bestimmungen des SGB V, des BGB und dieses Vertrages.

§ 3
Abgabeberechtigung (Zulassung)

(1) Die Leistungserbringung nach diesem Vertrag setzt eine Zulassung durch die Landesverbände der Krankenkassen nach § 124 SGB V voraus. Im Rahmen des Zulassungsverfahrens übermittelt die Antragstellerin/der Antragsteller den zulassenden Stellen der Landesverbände die erforderlichen Unterlagen (vgl. **Anlage 3**). Die Abgabe- und Abrechnungsberechtigung besteht ab Erteilung der Zulassung durch die zulassenden Stellen der Landesverbände der Krankenkassen.

(2) Von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erbrachte Behandlungen können abgerechnet werden, wenn sie die Voraussetzung des § 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V erfüllen und für jede/n Mitarbeiter/in die in den Zulassungsempfehlungen festgeschriebenen Behandlungsräume vorgehalten werden. Mitarbeiter/innen dürfen nur die Leistungen erbringen, zu denen sie fachlich qualifiziert und berechtigt sind.

(3) Sofern eine Voraussetzung für die erteilte Zulassung (z. B. Praxisverlegung/-aufgabe, Ausscheiden der fachlichen Leitung) endet, sind die zulassenden Stellen der Landesverbände der Krankenkassen hierüber umgehend zu informieren. Die Berechtigung zur Abgabe und Abrechnung der Leistungen entfällt mit dem Wegfall der Voraussetzung.

§ 4
Organisatorische Voraussetzungen

(1) Die/der zugelassene Leistungserbringer/in bzw. die den Krankenkassen benannte fachliche Leitung hat ganztägig als Behandler/in zur Verfügung zu stehen oder die qualifizierte Durchführung der Behandlung der Anspruchsberechtigten anderweitig sicherzustellen. Hiervon ausgenommen sind Hausbesuche und die Erbringung von Therapien in Einrichtungen nach der Heilmittel-Richtlinie sowie Krankheit, Urlaub oder berufliche Fortbildung bis zur Dauer von 8 Wochen pro Kalenderjahr.

(2) Die/der zugelassene Leistungserbringer/in ist auf Anforderung verpflichtet, den zulassenden Stellen innerhalb von zwei Wochen ihre/seine Mitarbeiter/innen zu melden so-

[1] Bei der beauftragten Person kann es sich auch um eine (Stations-)Pflegekraft im einem Alten/-Pflegeheim handeln.

wie deren Qualifikation/en und deren wöchentliche Arbeitszeit nachzuweisen. Zulassungsrelevante Personalveränderungen sind unverzüglich mitzuteilen.

(3) Die/der zugelassene Leistungserbringer/in bzw. der den Landesverbänden der Krankenkassen benannte fachliche Leitung 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/Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes in ihrer/seiner Praxis vertreten werden. Vertretungen für einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten bedürfen der Genehmigung durch die Landesverbände der Krankenkassen und sind von der Leistungserbringerin/dem Leistungserbringer sechs Wochen im Voraus zu beantragen. Sie/er hat die Personalien der Vertretung, dessen fachliche Qualifikation und die voraussichtliche Dauer der Vertretung mitzuteilen. Die Vertretung muss die Voraussetzung des § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V (Berufsurkunde) erfüllen und nachweisen.

(4) Soweit die in der Praxis eingesetzten Geräte den Bestimmungen des Medizinproduktesgesetzes (MPG) unterliegen, müssen sie den Anforderungen des MPG in der jeweils gültigen Fassung entsprechen. Daneben sind die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) sowie die Unfallverhütungsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung von der Leistungserbringerin/dem Leistungserbringer zu beachten.

(5) Die/der zugelassene Leistungserbringer/in hat für sich und die bei ihr/ihm tätigen Mitarbeiter/innen eine Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung in ausreichender Höhe abzuschließen.

(6) Für jeden behandelten Versicherten ist eine Verlaufsdokumentation gemäß Ziffer 8 der Leistungsbeschreibung (vgl. **Anlage 4**) zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzusetzen. Die Verlaufsdokumentation ist 3 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Die/der zugelassene Leistungserbringer/in hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten.

(7) Zur Sicherung der Prozessqualität hat die/der Leistungserbringer/in insbesondere Folgendes zu gewährleisten:

- Kooperation zwischen Leistungserbringer/in und verordnendem Vertragsarzt
- Orientierung der Behandlung an der Diagnosegruppe, am Therapieziel und der Belastbarkeit des Versicherten
- Anwendung des verordneten Heilmittels
- Behandlung gemäß der Leistungsbeschreibung
- Dokumentation des Behandlungsverlaufs gemäß Absatz 6.

(8) Die/der Leistungserbringer/in sollte darüber hinaus bereit sein,

- eine Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Behandlung Beteiligten herbeizuführen
- Patienten und deren Angehörige im Einzelfall zu beraten und
- sich z. B. an Case-Managements und an Qualitätszirkeln (insbesondere auch mit Ärztinnen und Ärzten) zu beteiligen.

§ 5
Leistungserbringung

(1) Inhalt und Umfang der Leistungserbringung richten sich nach der Leistungsbeschreibung (vgl. **Anlage 4**). Am Tag der Durchführung der Erstbefundung kann keine therapeutische Behandlung erbracht und abgerechnet werden.

(2) Diagnose, Leitsymptomatik, ggf. Spezifizierung des Therapieziels, Art, Anzahl, ggf. Beginn und Frequenz der Leistungen ergeben sich aus der vertragsärztlichen Verordnung. Die/der zugelassene Leistungserbringer/in prüft, ob die Verordnung im Sinne der Heilmittel-Richtlinie gültig ausgestellt ist. Sofern das verordnete Heilmittel bei der angegebenen Indikation sowie der entsprechenden Leitsymptomatik nicht verordnungsfähig ist, nimmt sie/er Kontakt mit der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt auf, die/der die Verordnung ausgestellt hat. Änderungen bzw. Ergänzungen sind mit Handzeichen und Datum auf der Verordnung kenntlich zu machen. Eine Abstimmung zwischen der/dem Leistungserbringer/in und der/dem Verordner/in ist von der/dem Leistungserbringer/in zu dokumentieren und ggf. auf Rückfrage der Krankenkassen nachzuweisen.

§ 6
Inhalt und Umfang der Kooperation

(1) Eine zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln ist nur zu gewährleisten, wenn die/der verordnende Vertragsärztin/Vertragsarzt und die/der die Verordnung ausführende Leistungserbringer/in eng zusammenwirken. Dies setzt voraus, dass zwischen der/dm Verordner/in und der/dem Leistungserbringer/in, die/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.

(2) Für den Beginn der Behandlung gilt Folgendes:

- Sofern die/der verordnende Vertragsärztin/Vertragsarzt auf dem Verordnungsblatt keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, soll die Behandlung innerhalb des in der jeweils geltenden Fassung der Heilmittel-Richtlinie genannten Zeitraums begonnen werden. Kann die Behandlung in dem genannten Zeitraum nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Dies ist nicht der Fall, wenn im begründeten Ausnahmefall zwischen der/dem Verordner/in und der/dem Leistungserbringer/in eine abweichende Regelung getroffen wurde, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert. Die einvernehmliche Änderung ist von der Leistungserbringerin/vom Leistungserbringer zu begründen und zu dokumentieren.

- Ergibt sich aus der Befunderhebung durch die/den Leistungserbringer/in, dass die Erreichung des von der verordnenden Vertragsärztin/vom verordnenden Vertragsarzt benannten Therapieziels durch ein anderes Heilmittel besser erreicht werden kann, hat sie/er darüber unverzüglich die/der verordnende Vertragsärztin/Vertragsarzt zu informieren, um eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans abzustimmen und ggf. eine neue Verordnung zu erhalten.

- Hat die/der verordnende Vertragsärztin/Vertragsarzt Gruppentherapie verordnet und kann die Maßnahme nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat die/der Leistungserbringer/in die Vertragsärztin/den Vertragsarzt über die Gründe zu informieren, um eine Änderung der Behandlung abzustimmen und ggf. die Änderung links auf der Rückseite der Verordnung zu begründen.

(3) Für die Durchführung der Behandlung gilt Folgendes:

- Eine Abweichung von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt angegebenen Frequenz bzw. die Ergänzung der Frequenz durch die/den Leistungserbringer/in ist nur zulässig, wenn zuvor zwischen der/dem Leistungserbringer/in und der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt ein abweichendes Vorgehen bzw. die zu ergänzende Frequenz verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung bzw. Ergänzung ist von der/dem Leistungserbringer/in unten links auf der Rückseite der Verordnung zu dokumentieren.

- Ergibt sich bei der Durchführung der Behandlung, dass mit dem verordneten Heilmittel voraussichtlich das Therapieziel nicht erreicht werden kann oder dass die Patientin/der Patient in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Behandlung reagiert, hat die/der Leistungserbringer/in darüber unverzüglich die Vertragsärztin/den Vertragsarzt, die/der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und die Behandlung zu unterbrechen. Die einvernehmliche Änderung des Therapieziels ist vom der/dem Leistungserbringer/in auf dem Verordnungsblatt zu dokumentieren. Soll die Behandlung mit einer anderen Maßnahme fortgesetzt werden, ist eine Änderung der Verordnung durch die Vertragsärztin/dem Vertragsarzt erforderlich.

- Wird im Verlauf der Behandlung das angestrebte Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Behandlung zu beenden.

- Für die Abstände zwischen den einzelnen Behandlungen (Behandlungsintervalle) ist grundsätzlich der Inhalt der vertragsärztlichen Verordnung maßgebend. Die Behandlungsintervalle dürfen 14 Tage nicht überschreiten. Wird die Behandlung länger als 14 Tage unterbrochen, verliert die Verordnung für die noch verbleibenden Behandlungseinheiten ihre Gültigkeit. Solange das Erreichen des Therapieziels durch die Unterbrechung nicht gefährdet ist, gilt dies nicht in den folgenden begründeten Ausnahmefällen:

  - therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung in Abstimmung mit der/dem verordnenden Vertragsärztin/Vertragsarzt (Kennzeichen = T),
  - Krankheit der Patientin/des Patienten/der Therapeutin/des Therapeuten (Kenzeichen = K) oder
  - Ferien bzw. Urlaub der Patientin/des Patienten/der Therapeutin/des Therapeuten (Kennzeichen = F).

  Eine solche Behandlungsunterbrechung ist mit dem entsprechenden Kennzeichen unter Hinzufügung des Datums und des Handzeichens der Leistungserbringerin/ des Leistungserbringers auf der Rückseite der Verordnung zu begründen. Für diese begründeten Ausnahmefälle wird eine Behandlungsunterbrechung von bis zu 28 Tagen (in den Sommerferien 42 Tage) akzeptiert. Darüber hinaus verliert die Verordnung für die noch verbleibenden Behandlungseinheiten ihre Gültigkeit.

(4) Für den Abschluss der Behandlung gilt Folgendes:

Sofern die/der verordnende Vertragsärztin/Vertragsarzt dies auf der Verordnung kenntlich gemacht hat, unterrichtet die/der Leistungserbringer/in diese/n gegen Ende einer 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 die/der Leistungserbringer/in die Fortsetzung der Therapie für erforderlich hält.

(5) Die/der Leistungserbringer/in darf die Behandlung eines Versicherten in begründeten Einzelfällen nach Abstimmung mit der/dem Verordner/in ablehnen.

§ 7
Fortbildung

(1) Die/der zugelassene Leistungserbringer/in bzw. die den Landesverbänden der Krankenkassen benannte fachliche Leitung hat sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation zielgerichtet fortzubilden. Die entsprechenden Nachweise sind auf Anforderung eines zuständigen Landesverbandes zu erbringen.

(2) Erfüllt die/der zugelassene Leistungserbringer/in der bzw. die den Landesverbänden der Krankenkassen benannte fachliche Leitung die Fortbildungsverpflichtung nicht fristgerecht innerhalb des Betrachtungszeitraumes von 4 Jahren, so hat sie/er diese unverzüglich nachzuholen. Ergibt sich bei der Überprüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen, dass die/der zur Fortbildung Verpflichtete die Fortbildung für den zu beurteilenden Betrachtungszeitraum ganz oder teilweise nicht nachholen kann, setzen ihr/hm die Landesverbände der Krankenkassen hierzu eine Nachfrist von 12 Monaten. Die nachzuholenden Fortbildungen werden nicht auf die Fortbildungsverpflichtung des neuen Betrachtungszeitraumes angerechnet.

(3) Mit Beginn der Nachfrist aus Absatz 2 können die Krankenkassen die Vergütung bis zum Ende des Monats, in dem die erforderlichen Fortbildungsnachweise vorgelegt werden, um pauschal 7,5 v. H. des Rechnungsbetrages kürzen. Nach 6 Monaten erhöht sich der Vergütungsabschlag auf 15 v. H. des Rechnungsbetrages. In Wiederholungsfällen gilt der Vergütungsabschlag in Höhe von 15 v. H. von Beginn der Nachfrist an.

Protokollnotiz zu § 7

Eine Umsetzung dieser vertraglichen Regelung tritt erst in Kraft, sofern sich die Vertragspartner über eine entsprechende Prüfvereinbarung verständigt haben. Voraussetzung hierfür ist eine bundesweite, kassenartenübergreifende Regelung zur Anerkennung entsprechender Fortbildungsmaßnamen.

§ 8
Werbemaßnahmen

Vertragsärztinnen und -ärzte dürfen nicht aus eigenwirtschaftlichen Interessen in ihrer Verordnungsweise beeinflusst werden. Insofern ist auch Werbung für die im Rahmen dieses Vertrages zu erbringenden Leistungen, die gegen das Wettbewerbsrecht oder das Heilmittelwerbegesetz verstößt, nicht zulässig. Eine Zusammenarbeit mit einer Arztpraxis oder einer anderen Einrichtung (z. B. Kindertagesstätte), die dazu führt, dass die freie Wahl des Versicherten unter den zugelassenen Praxen beeinflusst wird, ist nicht gestattet.

§ 9
Datenschutz

(1) Die/der zugelassene Leistungserbringer/in verpflichtet sich, die im Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) getroffenen Regelungen zum Schutz der Daten bzw. die im Ersten (§ 35) und Zehnten (§§ 67 ff.) Buch des Sozialgesetzbuches (SGB) enthaltenen Vorschriften über den Schutz der Sozialdaten zu beachten und in gleicher Weise wie die Krankenkassen einzuhalten.

(2) Die/der zugelassene Leistungserbringer/in stellt sicher, dass alle Personen, die von ihr/ihm zur Aufgabenerfüllung eingesetzt werden, nach § 4g BDSG unterwiesen und nach § 5 BDSG auf das Datengeheimnis verpflichtet worden sind.

(3) Die/der zugelassene Leistungserbringer/in erhebt, verarbeitet und nutzt die Daten ausschließlich zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften. Sie/Er verpflichtet sich, die enthaltenen sowie die bei der Durchführung des Auftrags gewonnenen Daten nicht dritten Personen oder Stellen zugänglich zu machen und sie auch nicht für eigene Zwecke zu verarbeiten und zu nutzen. Ausgenommen hiervon sind die in Durchführung der Krankenversicherung erforderlichen Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten und den Krankenkassen sowie dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen bzw. dem Sozialmedizinischen Dienst der Knappschaft.

(4) Zugriff auf die Daten dürfen die von der/dem zugelassenen Leistungserbringer/in zur Erfüllung der Aufgaben eingesetzten Personen nur in dem Umfang erhalten, soweit dies für die jeweilige Person zu deren Aufgabenerledigung erforderlich ist.

(5) Die Vertragsparteien informieren sich gegenseitig unverzüglich, wenn Störungen, Mängel oder andere Unregelmäßigkeiten festgestellt werden und der Verdacht von Datenschutzverletzungen nicht auszuschließen ist.

(6) Für freie Mitarbeiter/innen gelten die hier getroffenen Regelungen in gleicher Weise wie für die/den zugelassene/n Leistungserbringer/in.

§ 10
Abrechnungsgrundsätze

(1) Für die Vergütung der Vertragsleistungen gelten die jeweils vereinbarten Höchstpreise (vgl. **Anlage 2**). Mit diesen Höchstpreisen sind sämtliche Vertragsleistungen abgegolten. Bis zu einer neuen Vereinbarung sind die bisherigen Höchstpreise der Abrechnung zugrunde zu legen.

(2) Die vom SGB V gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind von der/dem zugelassenen Leistungserbringer/in einzuziehen und bei der Abrechnung in Abzug zu bringen. Werden zuviel gezahlte Zuzahlungsbeträge erstattet, ist die Patientenquittung entsprechend zu ändern. Grundsätzlich sollte die/der Versicherte die Befreiung durch Vorlage eines gültigen Befreiungsausweises nachweisen. Weitere Zahlungen (z. B. so genannte Eigenanteile, Mehrkosten) dürfen für Leistungen nach diesem Vertrage nicht gefordert werden. Zahlt der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch die/den Leistungserbringer/in nicht, hat die Krankenkasse die Zahlung einzuziehen (§ 43 b SGB V).

§ 11
Rechnungslegung

(1) Für Inhalt und Form der Abrechnung gelten die Abrechnungsrichtlinien gemäß § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Bei der Abrechnung hat die/der zugelassene Leistungserbringer/in das für die jeweilige Praxis bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragende Institutionskennzeichen (IK) zu verwenden. Abrechnungen erfolgen ausschließlich über das bei der Beantragung der Zulassung mitgeteilte IK. Eine Änderung des IK ist den Landesverbänden umgehend mitzuteilen. Für eine zugelassene Zweitpraxis ist ein gesondertes Institutionskennzeichen zu beantragen und bei der Abrechung anzugeben.

(3) Zahlungen an eine durch die/den zugelassenen Leistungserbringer/in ermächtigte Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle setzen voraus, dass den Krankenkassen eine Ermächtigungserklärung vorliegt. Zahlungen an eine Abrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung, wenn die abrechnende Stelle Originalabrechnungsunterlagen einreicht, es sei denn, der Krankenkasse liegt ein schriftlicher Widerruf der/des zugelassenen Leistungserbringerin/Leistungserbringers vor. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle und der/dem zugelassenen Leistungserbringer/in mit einem Rechtsmangel behaftet ist. Schädigt die Abrechnungsstelle anlässlich der Abrechnung die Krankenkasse, so haftet die/der zugelassene Leistungserbringer/in der Krankenkasse im selben Umfang wie die Abrechnungsstelle. Forderungen der Krankenkasse gegenüber der/dem zugelassenen Leistungserbringer/in können auch gegenüber der Abrechnungsstelle bei Abrechnungen für diese/n Leistungserbringer/in aufgerechnet werden.

§ 12
Zahlungsfrist, Beanstandung, Verjährung

(1) Die Rechnungen sind innerhalb von 21 Kalendertagen nach Eingang aller rechnungsbegründender Unterlagen und maschinell verwertbarer Abrechnungsdaten bei der Krankenkasse zu begleichen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Ist der Zahltag ein arbeitsfreier Werktag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Arbeitstag.

(2) Stellt sich nach Zahlung einer Rechnung heraus, dass die Krankenkasse nicht oder nur teilweise leistungspflichtig ist, kann sie bereits geleistete Zahlungen bzw. Überzahlungen zurückfordern oder mit der nächsten Rechnung verrechnen. Der Sachverhalt ist der/dem zugelassenen Leistungserbringer/in unverzüglich mitzuteilen. Zurückgeforderte Beträge sind innerhalb von 3 Wochen fällig. Die Verrechnung mit Schadenersatzforderungen, die nicht die Zahlung bzw. Überzahlung abgerechneter Leistungen betreffen, sowie mit Vertragsstrafen ist nur dann möglich, wenn der geforderte Betrag unstreitig oder durch Urteil festgestellt ist.

(3) Beanstandungen müssen von der Krankenkasse innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden. Danach können Rückforderungen nicht mehr erhoben werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung vor.

(4) Einwendungen der/des zugelassenen Leistungserbringerin/Leistungserbringers gegen Beanstandungen können nur innerhalb von 12 Monaten nach Zugang der Beanstandung erhoben werden.

§ 13
Wirtschaftlichkeit

(1) Die Wirtschaftlichkeit ist als „Zweck-Mittel-Relation" zu verstehen. Danach ist entweder ein bestimmtes Therapieziel mit geringst möglichem 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 (vgl. § 5 des Vertrages)
- Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt (vgl. § 6 des Vertrages)
- Fristgerechter Behandlungsbeginn
- Regelbehandlungszeit je Therapieeinheit
- Behandlungsdauer bis zur Erreichung des Therapieziels
- Behandlungsfrequenz
- Status/Zustand und Kooperation des Patienten.

§ 14
Wirtschaftlichkeitsprüfung

(1) Jeder Landesverband der Krankenkassen kann Maßnahmen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 13 Abs. 2 des Vertrages einleiten.

(2) Der Landesverband der Krankenkasse teilt der/dem zugelassenen Leistungserbringer/in die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung rechtzeitig mit. Auf Wunsch der Leistungserbringerin/des Leistungserbringers ist der Berufsverband hinzuzuziehen.

(3) Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist einem von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellten Sachverständigen innerhalb der Praxiszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren.

(4) Die/der zugelassene Leistungserbringer/in hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hierzu zählen insbesondere die Angaben nach § 124 Abs. 2 SGB V, die Verlaufsdokumentation, 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 der Krankenkassen nach Anhörung der Leistungserbringerin/des Leistungserbringers, wel-

che Maßnahmen dieser zur Beseitigung der Defizite und innerhalb welcher Frist zu treffen hat.

(7) Sofern die Beanstandungen nicht innerhalb der Frist nach Absatz 6 behoben wurden, liegt ein Vertragsverstoß gemäß § 24 des Vertrages vor und berechtigt die Landesverbände der Krankenkassen, 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.

Protokollnotiz zu § 14

Eine Umsetzung dieser vertraglichen Regelung tritt erst in Kraft, sofern sich die Vertragspartner über eine entsprechende Prüfvereinbarung verständigt haben. Voraussetzung hierfür ist eine bundesweite, kassenartenübergreifende Regelung zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

§ 15
Vertragsausschuss

(1) Zur Klärung von Meinungsverschiedenheiten und Zweifelsfragen zwischen den Krankenkassen und den zugelassenen Leistungserbringerinnen/Leistungserbringern kann ein Vertragsausschuss gebildet werden. Dieser setzt sich aus Vertretern der Landesverbände und den Vertretern der Berufsverbände andererseits paritätisch zusammen.

(2) Der Vertragsausschuss ist auf Antrag eines Vertragspartners einzuberufen.

§ 16
Vertragsverstöße/Regressverfahren

(1) Erfüllt die/der zugelassene Leistungserbringer/in die ihr/ihm obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann sie/ihn der betroffene Landesverband der Krankenkassen schriftlich verwarnen; der Landesverband der Krankenkassen kann eine Frist für die Beseitigung des Vertragsverstoßes festsetzen.

(2) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann der betroffene Landesverband der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Vertragsausschuss nach erfolgter Anhörung eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000,- EUR festsetzen. Schwerwiegende Vertragsverstöße rechtfertigen auch den Widerruf der Zulassung. Unabhängig davon ist der Schaden zu ersetzen.

(3) Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:

- unzulässige Zusammenarbeit mit Vertragsarztpraxen (vgl. § 128 SGB V)
- Nichterfüllung von organisatorischen und/oder sächlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen (vgl. § 4 des Vertrages)
- Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
- wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz (vgl. § 9 des Vertrages)
- nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen
- Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit der verordnenden Vertragsärztin/dem verordnenden Vertragsarzt

§ 17
In-Kraft-Treten/Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.06.2017 in Kraft und löst die bisherigen Verträge gemäß § 125 SGB V vom 29.01.1991; vom 22.12.2000 und vom 12.04.2001 ab. Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2017, schriftlich gekündigt werden. Er kann von jedem Berufsverband gegenüber jedem Landesverband der Krankenkassen sowie von jedem Landesverband der Krankenkassen gegenüber jedem Berufsverband gekündigt werden. Die Kündigung durch einen Vertragspartner lässt die Wirksamkeit dieses Vertrages für die übrigen Vertragspartner unberührt. Bis zum Abschluss eines neuen Vertrages gelten die Regelungsinhalte dieses Vertrages vorläufig weiter.

(2) Für bislang zugelassene Praxen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie gilt dieser Vertrag ohne dass es einer erneuten Anerkenntniserklärung bedarf.

(3) Bei einer vertragsrelevanten Änderung der Heilmittel-Richtlinie und/oder der Rahmenempfehlung über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln nach § 125 Abs. 1 SGB V werden sich die Vertragspartner umgehend auf die erforderlichen Anpassungen verständigen.

§ 18
Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein bzw. durch gesetzliche Neuregelungen oder höchstrichterliche Rechtsprechung 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.

Anlage 1 - Anerkenntniserklärung
Anlage 2 - Vereinbarung über Höchstpreise
Anlage 3 - Aufstellung über zulassungsrelevante Unterlagen (einseitige Erklärung der Landesverbände der Krankenkassen)
Anlage 4 - Leistungsbeschreibung
Anlage 5 - Fortbildungsvereinbarung (liegt noch nicht vor)

Bochum, Dortmund, Essen, Frechen, Hamburg, Moers, Münster, Saarbrücken, den 24.08.2012 (in der Fassung vom 13.06.2017)

Deutscher Bundesverband der
Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen
Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V.
(dba)

gez. Unterschrift

AOK NORDWEST

Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V.
(dbl)

gez. Unterschrift

BKK-Landesverband NORDWEST

Deutscher Bundesverband der
akademischen Sprachtherapeuten e. V.
(dbs)

gez. Unterschrift

IKK classic

LOGO Deutschland e. V.

LOGO DEUTSCHLAND
Interessengemeinschaft selbständiger
Logopadinnen und Sprachtherapeutinnen
Burbacher Markt 7
66115 Saarbrücken
www.logo-deutschland.de

Knappschaft

Die Geschäftsführung
I.A.