

**Rahmenvertrag
über die Durchführung der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (RV-S) vom
07.05.1992, in der Fassung vom 16.03.2015, gültig ab 01.04.2015**

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)

- nachstehend Berufsverbände genannt –
einerseits

und

der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
dem BKK Landesverband Bayern
der Knappschaft - Regionaldirektion München -
der IKK classic

- nachstehend Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern genannt -
andererseits

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Geltungsbereich und Gegenstand des Vertrages
- § 2 Richtlinien / Rahmenempfehlungen
- § 3 Zulassung
- § 4 Leistungserbringung
- § 5 Vertretung
- § 6 Form und Abgabe der Leistungen
- § 7 Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung
- § 8 Wahl des Behandlers
- § 9 Vergütung der Leistungen
- § 10 Abrechnung
- § 11 Beendigung der Zulassung
- § 12 Klärung von Zweifelsfragen
- § 13 Datenschutz
- § 14 Vertragserfüllung
- § 15 Vertragsverstöße
- § 16 Inkrafttreten und Kündigung des Vertrages
- § 17 Salvatorische Klausel

§ 1 Geltungsbereich und Gegenstand des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag gilt:
 1. Für die unterzeichnenden Krankenkassenverbände in Bayern,
 2. für die Mitglieder der Berufsverbände, sofern sie den Verpflichtungsschein (**Anlage 1**) unterzeichnen und ihnen die Zulassung erteilt worden ist,
 3. für Behandler, die nicht Mitglieder der Berufsverbände sind, sofern sie den Verpflichtungsschein (**Anlage 1**) unterzeichnen und ihnen die Zulassung erteilt worden ist.
- (2) Dieser Vertrag regelt:
 1. Die Voraussetzungen für die Behandlung von Anspruchsberechtigten der Krankenkassen in Bayern
 2. Rechte und Pflichten der Vertragsparteien, der Zugelassenen und Krankenkassen
 3. Art und Umfang der Leistungen.
- (3) Mit diesem Vertrag werden die Beziehungen der Krankenkassen zu dritten Stellen nicht berührt.
- (4) Die Bestimmungen dieses Vertrages und seiner Anlagen sind unabdingbarer Inhalt der Verträge, die durch das Unterzeichnen des Verpflichtungsscheines einerseits und eine Erteilung der Zulassung andererseits zu Stande kommen.

§ 2 Richtlinien / Rahmenempfehlungen

- (1) Die zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene abgeschlossenen Richtlinien und Gemeinsamen Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Absatz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln sind zu beachten, soweit sich aus diesem Vertrag nichts Abweichendes ergibt. Diese werden den Leistungserbringern auf der jeweiligen Homepage der vertragsschließenden Kassen zur Verfügung gestellt.
- (2) Soweit sich aus den jeweils aktuellen Rahmenempfehlungen Regelungsstatbestände ergeben, die durch diesen Vertrag nicht abgedeckt werden, aber auf der Landesebene zwingend notwendig sind, verständigen sich die Vertragsparteien unverzüglich zur Umsetzung
- (3) Dieser Vertrag berücksichtigt die jeweils geltende Heilmittel-Richtlinie.

§ 3 Zulassung

- (1) Die Zulassung erfolgt aufgrund des § 124 SGB V. Die Empfehlungen gem. § 124 Abs. 2 SGB V werden in der jeweils gültigen Fassung auf der jeweiligen Homepage der vertragsschließenden Kassen zur Verfügung gestellt. Zur Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen können die Berufsverbände beratend eingeschaltet werden. Die Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen bzw. deren Nachfolger gemäß § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Abs. 2 SGB V gelten in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Der Antrag auf Zulassung ist schriftlich bei der für den Betriebssitz zuständigen Direktion der AOK Bayern einzureichen und gilt für sämtliche Regionalkassen. Dem Antrag sind die

notwendigen Nachweise entsprechend den Zulassungsempfehlungen beizufügen. Es ist ein zum Datum des Zulassungsbeginns gültiges Institutionskennzeichen zu beantragen.

- (3) Jede zugelassene Praxis benötigt ein eigenes Institutionskennzeichen (IK). Dies gilt auch für Zweigpraxen. Nach Beendigung der Zulassung ist das geführte IK bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI) in Sankt Augustin abzumelden.
- (4) Die Zulassung ist nicht übertragbar; sie wird für eine bestimmte Person und einen bestimmten Praxissitz ausgesprochen. Der Zugelassene ist verpflichtet, den Wechsel der fachlichen Leitung und eine Verlegung der Praxis der zuständigen Direktion der AOK Bayern unverzüglich mitzuteilen. In diesem Fall ist erneut die Erteilung der Zulassung nach Absatz 1 und 2 Satz 1 und 2 zu beantragen.
- (5) Im Hinblick auf die räumlichen Mindestvoraussetzungen ist zu beachten, dass eine unzulässige Zusammenarbeit im Sinne von § 128 Abs. 2 SGB V zwischen Leistungserbringer und Vertragsärzten sowie Ärzten in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen insbesondere vorliegen kann, wenn der Leistungserbringer seine Praxisräume über oder unter den marktüblichen Mietpreisen von Vertragsärzten, Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen anmietet. Zulässig angemietete Praxisräume müssen eindeutig und für jedermann auf den ersten Blick erkennbar von der Arztpraxis, dem Krankenhaus oder einer anderen medizinischen Einrichtung räumlich getrennt und separat zugänglich sein.
- (6) Die Behandlung von Anspruchsberechtigten ist erst nach Überprüfung der Voraussetzungen und Erteilung der Zulassung zulässig. Die Zulassung kann zum Stichtag der Antragstellung erfolgen, wenn zu diesem Zeitpunkt sämtliche Voraussetzungen nachgewiesen sind. Die Annahme und Abrechnung von Verordnungen kann erst ab dem Datum der Zulassung erfolgen, sofern eine ab diesem Zeitpunkt gültige IK-Nummer vorhanden ist.
- (7) Sofern die therapeutische Tätigkeit der Behandler in der Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft nur zu bestimmten Tageszeiten oder an bestimmten Wochentagen erfolgt und sich die Behandlungszeiten der Behandler nicht überschneiden, ist die in den Empfehlungen für eine stimm-, sprech-, sprachtherapeutische Praxiseinrichtung aufgeführte Mindestausstattung ausreichend.
- (8) Beim Tod eines zugelassenen Heilmittelerbringers gilt die Zulassung bis zu sechs Monaten fort, wenn die Leistungserbringung durch einen fachlichen Leiter sichergestellt ist, der die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nr. 1 erfüllt. In Ausnahmefällen kann diese Frist auf Antrag bei der zuständigen Direktion der AOK Bayern verlängert werden.
- (9) Der Zugelassene haftet für die Mitarbeiter/freien Mitarbeiter in gleichem Umfang wie für sich selbst.

§ 4 Leistungserbringung

- (1) Der Zugelassene hat die ärztlich verordneten Leistungen selbst oder durch fachlich zulassungsberechtigte Mitarbeiter durchzuführen. Die Behandlungen sind grundsätzlich in der eigenen Praxis auszuführen. Hausbesuche finden nach ärztlicher Verordnung in der häuslichen Umgebung des Versicherten statt. Diese können grundsätzlich von dem nächstliegenden Heilmittelerbringer nicht abgelehnt werden. Werden Hausbesuche nicht an der in der Verordnung angegebenen Adresse durchgeführt, ist anzugeben wo die Behandlungen durchgeführt wurden. Ein anderer Therapie-Ort (z. B. integrativer Kindergarten) bedarf einer ausdrücklich so gestellten Verordnung des Arztes.

Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächstgelegenen Leistungserbringer in Anspruch genommen, so kann die Krankenkasse die Zahlung des dadurch entstehenden Mehrbetrages an Wegegeld ablehnen, wenn der einfache Weg von der Stelle der Leistungserbringung zur Praxis des ausführenden Leistungserbringers mehr als 25 Entfernungskilometer länger ist als zur Praxis des nächstgelegenen Leistungserbringers. Soweit die Krankenkasse das Wegegeld nicht zu erstatten braucht, ist der Leistungserbringer berechtigt, dem Versicherten die Mehrkosten in Rechnung zu stellen. Die Positionen für einen Hausbesuch können an einem Tag je Patient nur einmal in Ansatz gebracht werden. In der Zeit, in der sich Versicherte in stationärer Behandlung befinden, ist eine Leistungsabgabe zu Lasten der Krankenkassen nicht möglich.

- (2) Von Mitarbeitern erbrachte Behandlungen können als Leistungen des Zugelassenen abgerechnet werden, wenn diese entsprechend der Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V qualifiziert sind. Daneben müssen die räumlichen Voraussetzungen entsprechend den Empfehlungen vorliegen und die Leistungen der Mitarbeiter durch eine Haftpflichtversicherung gedeckt sein. Die erforderlichen Nachweise sind auf Aufforderung vorzulegen. Die Beschäftigung von sogenannten freien Mitarbeitern ist zulässig. Sie müssen jedoch die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V erfüllen und sind der zuständigen AOK unaufgefordert zu melden.
- (3) Freie und angestellte Therapeuten dürfen nur in einem Einsatzradius von 75 km, gerechnet von der zugelassenen Praxis, tätig werden, um *einen ordnungsgemäßen* Praxisablauf und eine qualitätsgesicherte Behandlung gewährleisten zu können. § 4 Abs. 1 Satz 7 ist zu beachten.
- (4) Alle verordneten Leistungen einer Verordnung sind bis zum Ende auszuführen, bevor mit einer später ausgestellten, identischen Verordnung begonnen wird. Es ist unzulässig, bei gleicher Diagnose die Leistung von zwei Verordnungen - auch von verschiedenen Ärzten ausgestellt - zeitgleich zu erbringen und abzurechnen, sofern dem Leistungserbringer Doppelverordnungen bekannt sind oder sein müssten.
- (5) Verordnungen (Muster 14) für Personen aus Staaten des EWR und der Schweiz (EWR/CH) sind von der Genehmigung befreit.
Alle anderen Leistungen für betreute Personenkreise (SVA – Abkommensrecht) sind vor Leistungsbeginn bei der zuständigen Krankenkasse zur Genehmigung einzureichen. Nach erfolgter Leistungserbringung beantragte Genehmigungen können nicht akzeptiert werden.
- (6) Die Annahme einer Verordnung ist nur gestattet, wenn alle verordneten Leistungen einer Verordnung (einschließlich der Befunderhebung) innerhalb der vereinbarten Fristen erbracht werden können. Die Befunderhebung kann einmal bei Behandlungsbeginn eines Regelfalles, ohne dass diese vom Arzt gesondert verordnet wurde, zusätzlich zu den Behandlungen abgegeben und abgerechnet werden. Dies gilt auch bei einem Praxiswechsel, jedoch nicht bei einem Therapeutenwechsel innerhalb der Praxis, Wechsel innerhalb einer Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis bzw. Filialwechsel und dergleichen. Die Befunderhebung ist an einem gesonderten Tag durchzuführen. Die Befunderhebung durch den zugelassenen Leistungserbringer ersetzt nicht die ärztliche Eingangsdiagnostik. Sie ist nur dann alleine abrechnungsfähig, wenn es sich um in den jeweils gültigen Heilmittelrichtlinien geforderte Untersuchungen (z.B. Stimmfeldmessung, Sprach- und Sprechanalyse, Frenchay Dysarthrie Test, Aachener Aphasie Test) handelt. Wenn im Lauf dieser Untersuchung festgestellt wird, dass keine stimm-, sprech-, sprachtherapeutische Behandlung erforderlich ist, ist dies auf der Verordnung entsprechend zu vermerken.
Ein Behandlungsabbruch nach der Durchführung der Eingangsdiagnostik sowie nach einer stimm-, sprech-, sprachtherapeutischen Behandlung ist stets auf der Verordnungsrückseite stichpunktartig zu vermerken.

§ 5 Vertretung

- (1) Der Zugelassene/fachliche Leiter 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 gegenüber der örtlich zuständigen Direktion der AOK Bayern nachzuweisen.
- (2) Der Zugelassene haftet für die Tätigkeit des Vertreters im gleichen Umfang wie für die eigene Tätigkeit.

§ 6 Form und Abgabe der Leistungen

- (1) Die Leistungen, die nach diesem Vertrag erbracht werden können, sind in der Anlage 1 der Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V beschrieben. Zur Durchführung dieser Behandlungen sind die Zugelassenen im Rahmen ihrer fachlichen Eignung berechtigt und verpflichtet.
- (2)
 1. Die Behandlung erfolgt auf der Grundlage einer unterschriebenen vertragsärztlichen Verordnung gemäß Muster 14. Die vertragsärztliche Verordnung kann abgerechnet werden, wenn die Heilmittelverordnung alle Angaben nach der Heilmittel-Richtlinie enthält, die Inhalt der Heilmittelverordnung sein müssen. Die Details zur Umsetzung sind in Anlage 3 der Rahmenempfehlungen geregelt.
 2. Etwaige Änderungen sind auch auf dem Faxweg oder per E-Mail mit gescannter Heilmittelverordnung zwischen Vertragsarzt und Leistungserbringer möglich. Das Fax bzw. E-Mail muss lesbar sein und ist mit einer Büroklammer als Anlage zur Verordnung der Abrechnung beizufügen.
 3. Ist der Indikationsschlüssel nicht in der Heilmittel-Richtlinie enthalten unvollständig oder fehlt dieser bei der vom Vertragsarzt angegebenen Diagnose mit Leitsymptomatik, so kann das entsprechende Feld auf der vertragsärztlichen Verordnung vom Zugelassenen ausgefüllt werden.
- (3) Zahnärztliche Verordnungen von Heilmitteln auf Muster 16 dürfen von dem Zugelassenen angenommen und durchgeführt werden, sofern er für die verordneten Leistungen über eine Abgabeberechtigung verfügt. Sie müssen abweichend mindestens folgende Angaben enthalten: Heilmittel, Diagnose, Menge, Therapiezeit, ggf. Hausbesuch und ggf. späterster Behandlungsbeginn.
- (4) Die ärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Personen, für die sie ausgestellt ist.
- (5) Für Beginn, Durchführung und Abschluss der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:
 1. Sofern der Vertragsarzt auf dem Verordnungsblatt keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, ist die Behandlung innerhalb von 10 Arbeitstagen (alle Tage, die nicht Samstage, Sonntage oder gesetzliche Feiertage sind) nach Ausstellung/ Genehmigung der Verordnung zu beginnen.
 2. 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 Leistungserbringer auf der Verordnung zu begründen und zu dokumentieren.

3. Für die Durchführung der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:

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 10 Arbeitstage nicht überschreiten, es sei denn, der voraussichtliche Therapieerfolg veranlasst, andere Behandlungszeiten zu wählen. Wird die Behandlung länger als 10 Arbeitstage unterbrochen, verliert die Verordnung für die noch verbleibenden Behandlungseinheiten ihre Gültigkeit. Dies gilt nicht in begründeten Ausnahmefällen: therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung in Abstimmung mit dem verordnenden Arzt (T), Krankheit des Patienten/Therapeuten (K) und Ferien bzw. Urlaub des Patienten/Therapeuten (F). Der zugelassene Leistungserbringer begründet der Krankenkasse die Überschreitung der Zeitintervalle mit den vorgenannten Buchstaben (T, K und F) unter Hinzufügung des Datums und des Handzeichens auf dem Verordnungsblatt.

4. Der vom verordnenden Arzt auf der Verordnung angegebene „späteste Behandlungsbeginn“ darf bei der Erstverordnung nicht vor dem Verordnungsdatum liegen. Folgeverordnungen bzw. Verordnungen außerhalb des Regelfalles sind nur abrechnungsfähig, wenn der erste Behandlungstag nach dem Verordnungstag liegt, es sei denn der Arzt bestätigt den vorzeitigen Behandlungsbeginn ausdrücklich.
- (6) Hat der verordnende Vertragsarzt Gruppentherapie verordnet und kann die Maßnahme aus Gründen, die der Vertragsarzt nicht zu verantworten hat, nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat der Therapeut den Vertragsarzt zu informieren und die Änderung auf dem Verordnungsblatt zu begründen (Rückseite des Verordnungsblattes links unten).
- (7) Eine Abweichung von der vom Vertragsarzt angegebenen Frequenz bzw. eine Ergänzung der Frequenz durch den Heilmittelerbringer ist nur zulässig, wenn zuvor zwischen Heilmittelerbringer und Vertragsarzt ein abweichendes Vorgehen bzw. die zu ergänzende Frequenz verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung bzw. Ergänzung ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck (Rückseite der Verordnung links unten) zu dokumentieren.
- (8) An den Berechtigten dürfen nur die ärztlich verordneten Leistungen abgegeben werden. Es ist unzulässig, anstelle der ärztlich verordneten Leistungen andere Leistungen abzugeben. Nicht in Anspruch genommene Leistungen dürfen nicht und vorzeitig beendete Behandlungen dürfen nur in dem tatsächlich erbrachten Umfang berechnet werden. Eine Zuwiderhandlung stellt einen schweren Vertragsverstoß dar.
- (9) Der Anspruchsberechtigte darf durch den Zugelassenen nicht aus anderen als therapeutischen Gründen motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Kassenärzten zu fordern. Gleichzeitig darf der Zugelassene von sich aus den Kassenarzt in seiner Verordnungsweise nicht beeinflussen. Mit den Leistungen der Krankenkasse darf nicht geworben werden.
- (10) Der Zugelassene hat für jeden Anspruchsberechtigten Aufzeichnungen zu führen, aus denen je Behandlungstag sowohl alle durchgeführten Behandlungsmaßnahmen als auch der Therapeut ersichtlich sind. Die Unterlagen sind gemäß der gesetzlichen Vorschriften, mindestens jedoch vier Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres der erbrachten Leistung aufzubewahren.
- (11) Anfragen der leistungspflichtigen Krankenkasse bezüglich Leistungsanspruch und Abrechnung sind kostenlos und unverzüglich zu beantworten.
- (12) In der Qualität der Behandlung ist kein Unterschied zwischen Anspruchsberechtigten der beteiligten Krankenkassen und Versicherten anderer Krankenkassen zu machen.

- (13) Die notwendige Bestätigung über den Erhalt der Leistung auf dem Verordnungsblatt kann durch eine betreuende Person erfolgen, wenn der Anspruchsberechtigte aufgrund seiner Erkrankung nicht in der Lage ist, selbst zu unterschreiben. Ein klärender Vermerk ist zwingend auf der Verordnung anzubringen. Verordnungen von Versicherten, die das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind vom Erziehungsberechtigten bzw. der betreuenden Person zu unterzeichnen. Erziehungsberechtigte bzw. betreuende Personen von Kindern in o.g. Alter bestätigen grds. am Ende der Behandlungsserie einmalig den ordnungsgemäßen Erhalt der Leistungsabgabe, sofern das Kind die Leistung selbst unterschrieben hat. Eine Bestätigung durch den Therapeuten ist nicht zulässig.

§ 7

Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung

- (1) Der Zugelassene/fachliche Leiter hat sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß der Anlage 4 der Rahmenempfehlungen fortzubilden. Als externe Fortbildungen gelten ausschließlich Fortbildungen, die die Anforderungen gemäß Anlage 4 Punkte 5 und 7 der Rahmenempfehlungen erfüllen und nicht zu den Fortbildungen nach Punkt 6 zählen. Der Nachweis über die absolvierten Fortbildungen ist auf Anforderung der AOK Bayern oder seines Berufsverbandes innerhalb von sechs Wochen zu erbringen. Die therapeutisch tätigen Mitarbeiter haben sich beruflich mindestens alle 2 Jahre extern fachspezifisch fortzubilden. Satz 2 gilt entsprechend.
- (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 AOK Bayern, dass der Fortbildungsverpflichtete die Fortbildungspunkte für jeden abgeschlossenen Betrachtungszeitraum ab dem 01.02.2010 (anrechenbare Fortbildungspunkte ab 01.01.2008) dennoch ganz oder teilweise nicht nachweisen kann, setzt ihm die AOK Bayern eine Nachfrist von 12 Monaten. Die nachgeholten Fortbildungen werden nicht auf die laufende Fortbildungsverpflichtung angerechnet.
- (3) Vom Beginn der Nachfrist an können die Regionalkassen 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.
- (4) Zwischen den Vertragspartnern besteht Einigkeit zukünftig eine „Prüfvereinbarung zur Fortbildungsverpflichtung nach § 125 SGB V“ in den Rahmenvertrag als Anlage zu implementieren. Die Prüfvereinbarung soll die Regelungen zur „Fortbildungsverpflichtung“ konkretisieren. Sie regelt insbesondere die Verfahrensweise bei Fällen, in denen der Nachweispflicht gemäß § 125 SGB V nicht nachgekommen wurde. Sie soll auch Verfahrensfragen über das Verfahren in Streitfällen enthalten. Die Sanktionierung gemäß Absatz 3 tritt mit der Vereinbarung der Prüfvereinbarung in Kraft.

§ 8

Wahl des Behandlers

- (1) Den Anspruchsberechtigten steht die Wahl unter den zugelassenen Leistungserbringern frei. Die Krankenkassen beeinflussen diese freie Wahl nicht. Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächstgelegenen Zugelassenen in Anspruch genommen, so soll der Versicherte vor Beginn der Behandlung vom Leistungserbringer aufgeklärt werden, dass er die hieraus entstehenden Mehrkosten zu tragen hat.

- (2) Werbung für die im Rahmen dieses Vertrages zu erbringenden Leistungen, die gegen das Wettbewerbsrecht oder das Heilmittelwerbegesetz verstößt, ist nicht zulässig. Werbemaßnahmen des Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Krankenkasse beziehen. Eine Zusammenarbeit zwischen den Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten und Ärzten, die dazu führt, dass die freie Wahl des Versicherten unter den Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten beeinflusst wird, ist nicht gestattet.

§ 9 Vergütung der Leistungen

- (1) Die ausgeführten vertraglichen Leistungen werden nach der jeweiligen Gebührenvereinbarung vergütet. Hierzu wird eine gesonderte Kündigungsfrist vereinbart. Die in der Gebührenvereinbarung genannten Gebührensätze sind als Höchstpreise (§ 125 SGB V) verbindlich.
- (2) Für die erbrachten Leistungen dürfen mit Ausnahme des § 4 Absatz 1 und des Kostenanteils (§ 32 Abs. 2 und § 61 SGB V) des Versicherten Zahlungen oder Zuzahlungen nicht gefordert werden.

§ 10 Abrechnung

- (1) Die Abrechnung kann nur einmal monatlich in Form einer Sammelabrechnung erfolgen. Es können nur beendete Verordnungen abgerechnet werden. Die Sammelrechnung ist bei den von den Krankenkassen benannten Daten- und Papierannahmestellen einzureichen. Die monatliche Abrechnung ist ausschließlich unter dem Namen des Zugelassenen einzureichen. Bei der Abrechnung ist das für den Tag der Leistungserbringung maßgebliche IK zu verwenden. Sofern im begründeten Ausnahmefall Leistungen von zwei verschiedenen Praxen abgegeben werden (Praxisübernahme) ist, nach Rücksprache mit der Abrechnungsstelle der jeweils zuständigen Krankenkasse, die zweite Abrechnung mittels einer Verordnungskopie möglich. Dies ist auf den beiden Verordnungen (Original und Kopie) entsprechend zu dokumentieren. Die Unterschriften des Versicherten über den Empfang der Leistung sind jeweils im Original erforderlich.
- (2) Für die Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag ist das dem Leistungserbringer individuell mitgeteilte Schlüsselkennzeichen (bestehend aus Abrechnungscode und Tarifkennzeichen) zu verwenden.
- (3) Die bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummern sind zu verwenden.
- (4) Alle zur Abrechnung eingereichten Verordnungen sind vom Leistungserbringer auf dem Vordruck, der für die Krankenkasse bestimmt ist, in den Feldern oben rechts vollständig auszufüllen. Evtl. fehlende Arzt-/Betriebsstättennummern im Versichertenfeld können aus dem Arztstempel übernommen werden.
- (5) Die Abrechnung erfolgt, unter Vorlage der Originalverordnung mit den Empfangsbestätigungen des Patienten/Bevollmächtigten, nach Abschluss der Behandlung. Bei fehlerhafter Abrechnung und daraus folgender Komplettabsetzung der Verordnung erfolgt grundsätzlich die Rücksendung der beanstandeten Rechnungsunterlagen inkl. der dazugehörigen Originalrezepte durch die Krankenkasse.
- (6) Für jede zugelassene Praxis (z.B. Zweigniederlassung) ist ein eigenes Institutionskennzeichen zu beantragen (siehe auch § 3) und für die jeweilige Abrechnung zu verwenden. Die Abrechnung von Leistungen erfolgt ausschließlich über das Institutionskennzeichen der zugelassenen Praxis, in der die Leistungen durchgeführt

wurden. Es ist Pflicht des Leistungserbringers, die Daten seines Institutionskennzeichens zu pflegen. Bei zulassungsrelevanter Veränderung wie z. B. Inhaberwechsel, Änderung der Gesellschaftsordnung kann die Abrechnung nur mit einem neuen Institutionskennzeichen erfolgen.

- (7) Dem Leistungserbringer/der beauftragten Abrechnungsgesellschaft obliegt die Beweispflicht für die ordnungsgemäße Anlieferung des Datenträgers und der Verordnungen bei der Krankenkasse. Werden Nachberechnungen erstellt, sind der Nachberechnung Kopien der Erstrechnung und der Verordnung beizulegen.
- (8) Maßgebend für die Berechnung des Zahlungsziels von 21 Tagen (bei Abrechnung mittels elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern) oder 28 Tagen (bei Papierabrechnung nach Abs. 13) (bargeldlos) ist der Tag, an dem alle zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen (die Daten, Verordnungen) bei der Krankenkasse vorliegen. Zusammengehörige Rechnungsunterlagen (wie Daten und zugehörige Verordnungen) müssen in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang angeliefert werden (in der Regel mit längstens 2 Wochen Abstand). Das Zahlungsziel ist dann erfüllt, wenn die Bank des zuständigen Kostenträgers belastet wurde. Zahlungsverzug liegt vor, wenn das o.g. Zahlungsziel überschritten ist. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Nach § 45 SGB I gilt eine Verjährungsfrist von 4 Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie beendet wurde.
- (9) Sofern vom Vertragsarzt der ICD-10-Schlüssel zusätzlich zu der Diagnose zusätzlich auf der Heilmittelverordnung angegeben wurde, ist dieser im Rahmen des Datenträgeraustausches im Datensatz anzuliefern.
- (10) Die Zahlungen an zentrale Abrechnungsstellen haben befreiende Wirkung gegenüber den Behandlern und erfolgen unter dem Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung. Forderungen gegen die Krankenkassen können nur mit vorheriger Zustimmung der Krankenkassen an Dritte abgetreten bzw. verkauft werden. Die Beauftragung einer Abrechnungsgesellschaft entbindet den Vertragspartner nicht von vertraglichen Vereinbarungen.
- (11) Leistungserbringer haben Zahlungen, die Versicherte zu entrichten haben, einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkassen zu verrechnen. Zahlt der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung nach Abschluss der jeweiligen Verordnung mit angemessener Fristsetzung durch den Leistungserbringer nicht, hat die Krankenkasse die Zahlung einzuziehen. Bei von der Zuzahlung befreiten Versicherten lässt sich der Leistungserbringer den Befreiungsbescheid der Krankenkasse vom Versicherten vorlegen. Die Leistungserbringer können, mit Ausnahme des § 4 Abs. 1, keine weitergehenden Forderungen gegenüber den Versicherten erheben. Für die Zuzahlungspflicht (§ 32 Absatz 2 in Verbindung mit § 61 Satz 3 SGB V) ist der Zeitpunkt der Leistungserbringung ausschlaggebend, für die Zahlung der Verordnungsblatt-Gebühr ist der Beginn der Verordnung maßgebend. Vom Leistungserbringer zuviel einbehaltene Zuzahlungen (z.B. bei Behandlungsabbrüchen) sind von diesem an den Versicherten zurück zu erstatten; die Patientenquittung wird entsprechend geändert. Die Zuzahlung des Versicherten darf den Abrechnungsbetrag nicht übersteigen.
- (12) Die Positionen für einen Hausbesuch können an einem Tag je Patient nur einmal in Ansatz gebracht werden. Werden bei einer Verordnung verschiedene Hausbesuchspositionen in Ansatz gebracht (z. B. bei 10 Behandlungen 5 mal die Position 39901 mit entsprechender Wegegebühr und 5 mal die Position 39915 ohne Wegegebühr), ist die Pos.-Nr. 39915 bei den entsprechenden Behandlungstagen auf der Verordnungsrückseite zu kennzeichnen (z.B. „X“), um die korrekte Datenanlieferung sicher zu stellen.

- (13) Die Leistungserbringer im Bereich Heil- und Hilfsmittel sind verpflichtet, ihre Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Werden die den Krankenkassen zu übermittelnden Daten nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, wird die Krankenkasse einen Verwaltungskostenabschlag von 5 % des Rechnungsbetrages durch eine pauschale Rechnungskürzung in Abzug bringen. Nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelte Abrechnungen sind nur für Leistungserbringer zulässig, die weder ihre Abrechnung mit Mitteln der elektronischen Datenverarbeitung erstellen noch ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt haben. Abrechnungszentren rechnen ausschließlich gemäß Anlage 1 (Technische Anlage) der Richtlinien ab. Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen bzw. deren Rechtsnachfolger über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Erfolgt eine nicht maschinell verwertbare Abrechnung, müssen alle lt. den Richtlinien nach § 302 SGB V erforderlichen Angaben auf der Rechnung enthalten sein. Die zur Abrechnung eingereichten Verordnungen sind vom Leistungserbringer vollständig auszufüllen.
- (14) Verordnungen für Versicherte, die Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt haben, können vom Leistungserbringer nicht mit der Krankenkasse abgerechnet werden. Die Rechnungsstellung des Leistungserbringers erfolgt direkt an den Versicherten.

§ 11

Beendigung der Zulassung

Die Zulassung zur Behandlung von Versicherten der Krankenkassen endet

1. bei Wegfall der Voraussetzungen nach § 3
2. bei Aufgabe, Übergabe oder Verkauf der Praxis.
3. bei Widerruf der Zulassung (siehe § 7, § 15 bzw. § 24 Abs. 2 der Rahmenempfehlungen nach § 125 SGB V)

§ 12

Klärung von Zweifelsfragen

Zweifelsfragen und Meinungsverschiedenheiten sollen nach Möglichkeit zwischen der leistungspflichtigen Krankenkasse und dem Zugelassenen bereinigt werden.

Die Berufsverbände sind über Zweifelsfragen und Meinungsverschiedenheiten von grundlegender Bedeutung zu informieren und können auf Wunsch einer Partei hinzugezogen werden.

Wird eine Einigung nicht erzielt, kann die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern und der zuständige Berufsverband eingeschaltet werden.

§ 13

Datenschutz

Der Zugelassene unterliegt hinsichtlich der Personalien des Behandelten und dessen Krankheit den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes. Er verpflichtet sich, dies seinen Mitarbeitern bekannt zu geben.

§ 14 Vertragserfüllung

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen zu Gebote stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages zu sorgen. Der Zugelassene hat alle Veränderungen, die das Vertragsverhältnis berühren (insbesondere den Wegfall der in § 3 genannten Voraussetzungen) den Krankenkassen unverzüglich mitzuteilen.
- (2) Die genannten Krankenkassen und Verbände haben das Recht, in der Regel nach vorheriger Anmeldung während der üblichen Öffnungszeiten die einzelnen Praxen durch Beauftragte besichtigen zu lassen. Dieses Recht erstreckt sich auf die Einsicht und die Fertigung von Kopien von Karteikarten, Verlaufsdokumentationen und sonstigen Unterlagen, aus denen die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen ersichtlich sind. Aus den in den Rahmenempfehlungen genannten Verlaufsdokumentationen ergibt sich der Name des Versicherten, der Tag der Leistungserbringung, die im einzelnen erbrachten Leistungen, der Therapeut und der Therapieort.
- (3) Schadenersatzansprüche der betreffenden Krankenkasse bleiben hiervon unberührt.

§ 15 Vertragsverstöße

- (1) Erfüllt ein Zugelassener die sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen nicht, so kann die betroffene Krankenkasse verwarnen. Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann die betroffene Krankenkasse nach erfolgter Anhörung eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000,- EURO festsetzen. Schwerwiegende Vertragsverstöße rechtfertigen auch den Widerruf der Zulassung. Unabhängig davon ist der Schaden zu ersetzen. Auf Antrag des Zugelassenen ist der jeweilige Berufsverband hinzuzuziehen.
- (2) Die übrigen Bestimmungen des § 25 der Rahmenempfehlungen vom 01.07.2013 behalten Gültigkeit.
- (3) Bei Verstößen nach § 128 Abs. 5b SGB V (unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten) in Verbindung mit § 128 Abs. 2 SGB V gelten die o.g. Absätze 1 und 2 entsprechend. Bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen im Sinne des Absatzes 1 kann der Leistungserbringer zudem für die Dauer von bis zu 2 Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden. Ein Verstoß nach § 128 SGB Abs. 2 SGB V liegt insbesondere im Fall des § 3 Abs. 5/neu vor.

§ 16 Inkrafttreten und Kündigung des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag tritt **am 01.04.2015** in Kraft und ersetzt den Rahmenvertrag vom 07.05.1992 in der Fassung vom 14.02.2014. Er gilt für alle zugelassenen Leistungserbringer.
- (2) Dieser **Vertrag** kann - ganz oder teilweise - von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres, **frühestens zum 31.12.2015** gekündigt werden. Die Kündigung kann nur mit Brief an die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern bzw. an die Berufsverbände erfolgen.
- (3) Die ab 01.04.2015 gültige Preisvereinbarung (**Anlage 2**) ist mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Monats kündbar, erstmals zum 31.03.2016. Die Kündigung der Preisvereinbarung berührt nicht die weitere Wirksamkeit dieses Vertrages.

- (4) Bei teilweiser Kündigung des Rahmenvertrages oder bei Kündigung der Preisvereinbarung können die Kündigungsempfänger den Vertrag ganz oder teilweise zum gleichen Termin gegenkündigen.
- (5) Mit Inkrafttreten dieses Vertrages verlieren bisherige Verträge und Vereinbarungen ihre Gültigkeit. Bei Kündigung des Vertrages behalten die bisherigen Regelungen ihre Gültigkeit bis ein neuer Vertrag in Kraft tritt.

§ 17 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Rahmenvertrages nichtig sein bzw. durch gesetzliche Neuregelungen oder höchstgerichtliche 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.

Anlagen:

Anlage 1: Verpflichtungsschein

Anlage 2: Vergütungsvereinbarung

München, den 16.03.2015

Marion Maltahn

Deutscher Bundesverband der Atem-,
Sprech- u. Stimmlehrer/innen
Lehrvereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V.
(dba) Bundesverband für
Logopädie e.V.

Bundeschäftsstelle
Augustinusstraße 11a
50226 Frechen

Deutscher Bundesverband für
Logopädie e.V. (dbl)

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

BKK Landesverband Bayern

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

Knappschaft
- Regionaldirektion München -

[Signature]
IKK classic

201b