

RAHMENVERTRAG

vom 23. März 2015 über die Versorgung Berechtigter der Versicherungsträger
mit Leistungen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie in Hessen

Zwischen

1. dem Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen
Lehrervereinigung Schlaffhorst - Andersen e.V. (dba)
2. dem Deutschen Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)
3. dem Deutschen Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V.
(dbs)

(im Folgenden „Berufsverbände“ genannt)

– in Vollmacht handelnd für ihre Mitglieder –

einerseits

und

1. der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen, Bad Homburg
2. dem BKK Landesverband Süd
Regionaldirektion Hessen, Frankfurt am Main
für die Betriebskrankenkassen
3. der IKK classic, Dresden
4. der Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt, Frankfurt am Main

(nachstehend „Landesverbände der Krankenkassen/ Krankenkassen“ genannt)

andererseits

wird auf der Grundlage des § 125 Abs. 2 SGB V folgender Rahmenvertrag geschlossen:

ANMERKUNG: Zur besseren Lesbarkeit der Vereinbarung wurde die männliche Form gewählt.
Hiermit sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint.

§ 1

Gegenstand des Rahmenvertrages und Geltungsbereich

- (1) Zur Sicherstellung einer wirksamen und wirtschaftlichen ambulanten Versorgung mit Leistungen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie regelt dieser Rahmenvertrag unter Berücksichtigung der jeweils geltenden Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V insbesondere:
1. Allgemeine Grundsätze (§§ 2 bis 9)
 2. Inhalt der einzelnen Heilmittel einschließlich Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendungen im Regelfall sowie deren Regelbehandlungszeit (§ 10)
 3. Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen (§§ 11 bis 18)
 4. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt (§§ 19 und 20)
 5. Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung (§§ 21 und 22)
 6. Vorgaben für Vergütungsstrukturen (§§ 23 und 24)
 7. Ergänzende Bestimmungen (§§ 25 und 27)
 8. Inkrafttreten und Kündigung (§§ 28 und 29)
- (2) Die Anlagen (Anlage 1 = Vergütungsvereinbarung; Anlage 2 = Leistungsbeschreibung; Anlage 3 = Verpflichtungsschein) sind unabdingbarer Bestandteil dieses Rahmenvertrages.
- (3) Die Zulassungsempfehlungen gemäß § 124 Abs. 4 SGB V sowie die Richtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V sind in der jeweils gültigen Fassung umzusetzen.
- (4) Dieser Rahmenvertrag gilt
- a) für die an ihm beteiligten Landesverbände der Krankenkassen/ Krankenkassen beziehungsweise deren Mitgliedskassen;
 - b) für die Mitglieder der Berufsverbände, soweit sie den Verpflichtungsschein (Anlage 3) unterzeichnet haben;
 - c) für Leistungserbringer, die nicht Mitglieder eines Berufsverbandes sind, wenn sie den Verpflichtungsschein (Anlage 3) unterzeichnet haben.

– Allgemeine Grundsätze –

**§ 2
Heilmittel**

- (1) Heilmittel sind persönlich zu erbringende medizinische Leistungen. Hierzu gehören Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie.
- (2) Heilmittel im Sinne dieses Rahmenvertrages sind solche, die nach der geltenden Heilmittelverordnung¹ verordnungsfähig und in der Leistungsbeschreibung (Anlage 2) dieses Rahmenvertrages vereinbart sind.

**§ 3
Ziel der Heilmittelbehandlung**

- (1) Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie dient dazu
 - eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
 - eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
 - einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegen zu wirken oder
 - Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.
- (2) Bei den Leistungen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie ist den besonderen Erfordernissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen.
- (3) Der zugelassene Heilmittelerbringer¹ (nachfolgend Heilmittelerbringer genannt) und die Krankenkassen haben darauf hinzuwirken, dass die Versicherten eigenverantwortlich durch gesundheitsbewusste Lebensführung, Beteiligung an Vorsorge- und aktive Mitwirkung an Behandlungsmaßnahmen dazu beitragen, Krankheiten zu verhindern und deren Verlauf und Folgen zu mildern.

**§ 4
Leistungsgrundlagen**

- (1) Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie wird auf der Grundlage einer gültigen vertragsärztlichen Verordnung erbracht.
- (2) Der Heilmittelerbringer erbringt Leistungen persönlich oder lässt Leistungen nach diesem Rahmenvertrag durch seine gemäß den Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V berufsrechtlich qualifizierten Mitarbeiter durchführen. Hierzu gehören auch vertragsärztlich verordnete Hausbesuche. Diese können grundsätzlich von dem nächstliegenden Heilmittelerbringer nicht abgelehnt werden.

¹ Für das Heilmittel zugelassene natürliche (Einzelpraxis) oder juristische (GbR, GmbH etc.) Person.

- (3) Die Ausführung vertragsärztlich verordneter Leistungen ist nur gestattet, wenn sich die Zulassung auf das jeweilige Indikationsgebiet erstreckt, für das die Leistung verordnet wurde.

§ 5 Gesetzliche Zuzahlung

- (1) 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 § 43b SGB V vom Heilmittelerbringer auch nur in dieser Höhe zu erheben. Erstattet der Heilmittelerbringer zu viel gezahlte Zuzahlungen, ändert er die Patientenquittung entsprechend.
- (2) Zahlt ein Patient die Zuzahlung trotz einer gesonderten schriftlichen Erinnerung nicht, hat die Krankenkasse die Zuzahlung einzuziehen.

§ 6 Abgabe von Heilmitteln

Heilmittelerbringer sind berechtigt und verpflichtet, vertragsärztlich verordnete Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie auf der Grundlage eigener Befunderhebung, die Bestandteil der Leistung ist, durchzuführen. Das Nähere regelt die Leistungsbeschreibung (Anlage 2).

§ 7 Wahl des Heilmittelerbringers

- (1) Den Versicherten steht die Wahl unter den Heilmittelerbringern frei.
- (2) Die Krankenkassen informieren die Versicherten auf Anfrage über die Adressen der Heilmittelerbringer.

§ 8 Werbung

- (1) Versicherte dürfen nicht gezielt motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Vertragsärzten zu fordern. Gleichfalls darf der Heilmittelerbringer von sich aus den Vertragsarzt in seiner Verordnungsweise dahingehend nicht beeinflussen. Dies gilt auch für die Beeinflussung anderer an der Versorgung Beteiligter (z.B. Krankenhaus, Pflegeheim, Angehörige).
- (2) Werbemaßnahmen des Heilmittelerbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der GKV beziehen.

§ 9 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.

– Inhalt der einzelnen Heilmittel einschließlich Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendungen im Regelfall sowie deren Regelbehandlungszeit –

§ 10

Inhalt, Umfang und Häufigkeit der Heilmittel

- (1) Der Inhalt der einzelnen Heilmittel sowie deren Regelbehandlungszeit sind in der Leistungsbeschreibung (Anlage 2) geregelt.
- (2) Der Umfang der einzelnen Heilmittel und die Anwendungsfrequenz sind in der HeilM-RL nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V geregelt.
- (3) Die Leistungsbeschreibung berücksichtigt die HeilM-RL nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V; Änderungen in dieser Richtlinie mit Folgewirkung auf die Leistungsbeschreibung erfordern deren unverzügliche Anpassung.
- (4) Die nach der HeilM-RL begründungspflichtigen Verordnungen außerhalb des Regelfalles sind der zuständigen Krankenkasse vor Fortsetzung der Therapie zur Genehmigung vorzulegen, es sei denn, die Krankenkasse hat auf die Vorlage verzichtet.

– Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen –

§ 11

Maßnahmen zur Qualitätssicherung

- (1) Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen.
- (2) Die Landesverbände der Krankenkassen/ Krankenkassen sind jederzeit berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus diesen Empfehlungen ergebenden Pflichten zu überprüfen.
- (3) Die Berufsverbände der Heilmittelerbringer informieren ihre Mitglieder dahingehend, dass neue Praxisräume barrierefrei zugänglich sein sollen.

**– Qualität der Behandlung –
– Strukturqualität –**

**§ 12
Strukturqualität**

Die Strukturqualität beschreibt die Möglichkeit des Heilmittelerbringers, 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 Therapieschehen.

**§ 13
Organisatorische Voraussetzungen**

- (1) Der Zugelassene bzw. fachliche Leiter² hat in seiner Praxis ganztätig als Behandler zur Verfügung zu stehen oder die qualifizierte Durchführung der Behandlung der Anspruchsberechtigten sicher zu stellen. Hiervon ausgenommen sind Hausbesuche und die Erbringung von Therapien in Einrichtungen sowie Krankheit, Urlaub oder berufliche Fortbildung bis zu einer Dauer von 8 Wochen kalenderjährlich.
- (2) Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, den zulassenden Stellen innerhalb von zwei Wochen seine Mitarbeiter zu melden sowie deren Qualifikation/en nachzuweisen. Darüber hinaus ist bei angestellten Mitarbeitern die vertraglich vereinbarte und bei freien Mitarbeitern die angenommene (Richtwert) wöchentliche Arbeitszeit der zulassenden Stelle schriftlich bekanntzugeben. § 1 Abs. 3 ist hierbei zu beachten. Sämtliche, die Eignung zu diesem Vertrag betreffenden Umstände und Änderungen (z.B. Wechsel/Ausscheiden der fachlichen Leitung, Verlegung/Schließung der Praxis usw.) sind unverzüglich der zulassenden Stelle schriftlich mitzuteilen. Sind die Zulassungskriterien nicht oder nicht mehr vollständig erfüllt, entfällt das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungen besteht kein Vergütungsanspruch; auch nicht gegenüber den Versicherten. Zu Unrecht gezahlte Vergütungen sind zurückzuzahlen.
- (3) Soweit die in der Praxis eingesetzten Geräte den Bestimmungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) unterliegen, müssen sie den Anforderungen des MPG in der jeweils gültigen Fassung entsprechen. Daneben sind die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) sowie sonstige Sicherheitsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung vom Heilmittelerbringer zu beachten.
- (4) Der Heilmittelerbringer haftet für die Tätigkeit sämtlicher Mitarbeiter in gleichem Maße wie für die eigene Tätigkeit.
- (5) Der Heilmittelerbringer gewährleistet, dass die Versicherten der Krankenkassen nach gleichen Grundsätzen behandelt werden.
- (6) Der Heilmittelerbringer hat eine Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung in ausreichender Höhe abzuschließen und weiterzuführen.

² Für die fachliche Leitung zugelassen ist:

1. Ein Heilmittelerbringer, der eine natürliche Person mit Einzelpraxis und damit in Personalunion auch für die fachliche Leitung zugelassen ist. Oder
2. Eine natürliche Person, die Arbeitnehmer des Heilmittelerbringers ist und die für die fachliche Leitung zugelassen ist.

- (7) Werden einem Heilmittelerbringer bzw. seinen Mitarbeitern in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so ist das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) zu beachten.

§ 14

Personelle Voraussetzungen

- (1) Die Durchführung einer Behandlung darf nur von hierfür gemäß der Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V qualifizierten und - soweit dies für die Abgabe der Leistung vertraglich vorgesehen ist - von entsprechend ausgebildeten Mitarbeitern der zugelassenen Praxen erfolgen. Dies gilt auch für die gem. § 124 SGB V zugelassenen weiteren Praxen.
- (2) Behandlungen durch Mitarbeiter sind als Leistungen des Heilmittelerbringers abrechnungsfähig, wenn der Mitarbeiter die Voraussetzungen nach § 124 Abs. 2 Nummer 1 SGB V erfüllt.
- (3) Der Heilmittelerbringer 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 eines zuständigen Landesverbandes der Krankenkassen/ Krankenkasse zu erbringen³.

§ 15

Vertretung

- (1) Der Zugelassene bzw. fachliche Leiter⁴ 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 Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG) in seiner Praxis vertreten werden. Der Heilmittelerbringer hat den zulassenden Stellen die Personalien des Vertreters, dessen fachliche Qualifikation und die voraussichtliche Dauer der Vertretung mindestens vier Wochen vor Beginn der Vertretung mitzuteilen. Der Vertreter muss die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nummer 1 SGB V erfüllen und nachweisen.
- (2) Im Übrigen bedürfen Vertretungen für länger als sechs Monate der Genehmigung durch die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen/Krankenkassen und sind vom Heilmittelerbringer grundsätzlich sechs Wochen im Voraus zu beantragen. Abs. 1 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.
- (3) Der Heilmittelerbringer haftet für die Tätigkeit des Vertreters.

³ Die Vereinbarungspartner beabsichtigen nach Abschluss der Beratungen zur Fortbildungsverpflichtung auf Bundesebene Gespräche zur Umsetzung der Anlage 2 der Rahmenempfehlungen i.d.F.v. 01.07.2013 aufzunehmen.

⁴ siehe Fußnote 2

**– Qualität der Versorgungsabläufe –
– Prozessqualität –**

**§ 16
Prozessqualität**

- (1) Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Therapieprozesse.
- (2) Zur Sicherung der Prozessqualität hat der Heilmittelerbringer insbesondere Folgendes zu gewährleisten:
 - a) Abstimmung zwischen Heilmittelerbringer und verordnendem Vertragsarzt
 - b) Orientierung der Behandlung an der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik), am Therapieziel und der Belastbarkeit des Versicherten
 - c) Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung
 - d) Anwendung des verordneten Heilmittels
 - e) Behandlung gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. § 10)
 - f) Dokumentation des Behandlungsverlaufs gemäß Abs. 4.
- (3) Der Heilmittelerbringer sollte darüber hinaus bereit sein,
 - a) eine Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Behandlung Beteiligten herbeizuführen,
 - b) Patienten und deren Angehörige im Einzelfall zu beraten und
 - c) sich z. B. an Case-Managements und an Qualitätszirkeln (insbesondere auch mit Ärzten) zu beteiligen.
- (4) Der Heilmittelerbringer hat für jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdokumentation gemäß Ziffer 8 der Leistungsbeschreibung (Anlage 2) zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben.

**– Qualität der Behandlungsergebnisse –
– Ergebnisqualität –**

**§ 17
Ergebnisqualität**

Ergebnisqualität ist als Zielerreichungsgrad durch Maßnahmen der Heilmittelbehandlung zu verstehen. Im Behandlungsverlauf ist das Ergebnis der Heilmittelbehandlung anhand der Therapieziele und der Befunderhebung 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.

§ 18 Aufbewahrungsfrist

Die Verlaufsdocumentation nach § 15 Abs. 4 ist drei Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Der Heilmittelerbringer hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten (vgl. § 9). Ferner sind die gesetzlichen Regelungen zur Führung einer Patientenakte nach § 630 f BGB zu beachten.

– Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt –

§ 19 Inhalt und Umfang der Abstimmung zwischen Therapeut und Arzt

- (1) Eine zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln ist nur zu gewährleisten, wenn der verordnende Vertragsarzt und der die Verordnung ausführende Heilmittelerbringer eng zusammenwirken.
- (2) Dies setzt voraus, dass zwischen dem Arzt, der bei der Auswahl der Heilmittel definierte Therapieziele zur Grundlage seiner Verordnung gemacht hat, und dem Heilmittelerbringer bzw. seiner Mitarbeiter, der für die Durchführung der verordneten Maßnahme verantwortlich ist, eine Kooperation sichergestellt ist. Dies gilt für den Beginn, die Durchführung und den Abschluss der Heilmittelbehandlung.
- (3) Der Heilmittelerbringer darf den Vertragsarzt nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in seiner Ordnungsweise beeinflussen.
- (4) Für den Beginn der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:
 - a) Sofern der Vertragsarzt auf dem Ordnungsblatt keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, soll die Behandlung innerhalb des in der jeweils geltenden Fassung der HeiM-RL nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V genannten Zeitraums begonnen werden.
 - b) Ergibt sich aus der Befunderhebung durch den Heilmittelerbringer, dass die Erreichung des vom verordnenden 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.
 - c) Hat die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt Gruppentherapie verordnet und kann die Maßnahme aus Gründen, die die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt nicht zu verantworten hat, nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat die Therapeutin oder der Therapeut die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt zu informieren und die Änderung auf dem Ordnungsdruck zu begründen. Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Teils der Verordnung, der für die Abrechnung mit der Krankenkasse bestimmt ist.
- (5) Für die Durchführung der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:
 - a) Sind auf dem Ordnungsblatt Angaben zur Frequenz der Heilmittelbehandlung gemacht, ist eine Abweichung davon nur zulässig, wenn zuvor zwischen Heilmittelerbringer und Vertragsarzt ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde.

Die einvernehmliche Änderung ist vom Heilmittelerbringer auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.

- b) Grundsätzlich sollen Heilmittel je Behandlungstag nur einmal abgegeben werden. In Ausnahmefällen kann eine Doppelbehandlung in Abstimmung mit dem Arzt durchgeführt werden. Mehrfache Therapien pro Tag sind der jeweiligen Krankenkasse gesondert zur Genehmigung vorzulegen. Dies gilt nicht für Verordnungen der Diagnosegruppe ST3 (Psychogene Erkrankungen der Stimme – Aphonie).

Ohne gesonderte Genehmigung der Krankenkasse kann bei erheblichen postoperativen Schluckstörungen nach Teilsektionen von Larynx oder Hypopharynx in einem Zeitraum von 14 Kalendertagen Schlucktherapie (Indikationsschlüssel SC2) mehrfach täglich zur Begleitung der Mahlzeiten abgegeben werden, wenn hierdurch eine stationäre Rehabilitation vermieden werden kann.

- c) 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 Heilmittelerbringer darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und die Behandlung zu unterbrechen. Die einvernehmliche Änderung des Therapieziels ist vom Heilmittelerbringer auf dem Verordnungsblatt zu dokumentieren. Soll die Behandlung mit einer anderen Maßnahme fortgesetzt werden, ist eine neue Verordnung erforderlich.
- d) Wird im Verlauf der Heilmittelbehandlung das angestrebte Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Behandlung zu beenden.
- e) Wird die Behandlung um einen längeren als den in der jeweils geltenden HeilM-RL nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V genannten Zeitraum unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit für die verbleibenden Therapieeinheiten. Dies gilt nicht in begründeten Ausnahmefällen:
- Therapeutisch indizierte Unterbrechung in Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt (T)
 - Krankheit des Versicherten/ Therapeuten (K)
 - Urlaub/ Ferien des Versicherten/ Therapeuten (U/F)

Der Therapeut hat auch in diesen Fällen zu gewährleisten, dass das Therapieziel durch die Unterbrechung nicht gefährdet wird, anderenfalls ist die Therapie abzubrechen. Ein begründeter Ausnahmefall liegt nicht mehr vor, wenn die Behandlung nicht innerhalb von 28 Tagen fortgeführt wird. Der Heilmittelerbringer begründet der Krankenkasse die Überschreitung der Zeitintervalle mit den Buchstaben (T, K, U/F) unter Hinzufügung des Datums und des Handzeichens auf dem Verordnungsblatt.

- (6) Für den Abschluss der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:

Der Heilmittelerbringer unterrichtet den behandelnden Vertragsarzt auf dessen Anforderung jeweils gegen Ende einer Behandlungsserie gemäß des Verordnungsvordrucks 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.

- (7) Der Heilmittelerbringer darf die Behandlung eines Versicherten in begründeten Einzelfällen nach Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt ablehnen.

§ 20 Verordnung

- (1) Heilmittel werden auf der Grundlage einer gültigen vertragsärztlichen Verordnung erbracht. Eine Verordnung ist nur gültig, wenn sie der jeweils geltenden Fassung der HeilM-RL nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V entspricht. Zur Abgabe dieser Leistungen ist der Heilmittelerbringer dann entsprechend der Leistungsbeschreibung (vgl. § 10) berechtigt und verpflichtet. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung durch den Heilmittelerbringer sind nach der HeilM-RL möglich. Bei Änderungen oder Ergänzungen, die einer ärztlichen Unterschrift bedürfen, kann die Behandlung nach Abstimmung mit dem Arzt bereits ohne erneute Arztunterschrift im Original begonnen werden, wenn die Arztunterschrift auf der Verordnung hierfür nachträglich und vor der Abrechnung eingeholt wird. Ansonsten ist eine Abrechnung nur in zwischen dem Leistungserbringer und dem zuständigen Kostenträger zu klärenden Einzelfällen möglich. Gegenüber dem Versicherten ist eine Abrechnung nicht zulässig.
- (2) Diagnose, Indikationsschlüssel, Leitsymptomatik, ggf. Spezifizierung des Therapieziels, Art, Anzahl und ggf. Frequenz der Leistungen ergeben sich aus der vom Vertragsarzt ausgestellten Verordnung. Die vertragsärztliche Verordnung kann nur ausgeführt werden, wenn diese für die Behandlung erforderlichen Informationen enthalten sind. Zur Abgabe dieser Leistungen ist der zugelassene Heilmittelerbringer dann entsprechend der Leistungsbeschreibung (vgl. § 10) berechtigt und verpflichtet.
- (3) Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
- (4) Die empfangenen Maßnahmen sind vom Heilmittelerbringer bzw. seinen Mitarbeitern auf der Rückseite der Verordnung verständlich darzustellen und am Tage der Leistungsabgabe vom Patienten, ersatzweise durch Angehörige/ Betreuende durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Eine Bestätigung durch den Heilmittelerbringer bzw. seine Mitarbeiter selbst ist nicht zulässig. Bei Unterschriftsleistung durch Dritte sollte vermerkt werden, in welcher Beziehung er/ sie zum Versicherten steht. Vordatierungen, Vorausquittierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig.
- (5) 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.

– Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung –

§ 21 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:

- Abgleich der Ergebnisse der therapeutischen Befunderhebung mit der ärztlichen Diagnose, Indikationsstellung und Therapiezieldefinition unter Berücksichtigung des verordneten Heilmittels
- Anwendung des verordneten Heilmittels gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. § 10)
- Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt (vgl. § 19)
- Fristgerechter Behandlungsbeginn
- Regelbehandlungszeit je Therapieeinheit
- Behandlungsdauer bis zur Erreichung des Therapieziels
- Behandlungsfrequenz
- Status/ Zustand und Kooperation des Patienten.

§ 22

Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Die Landesverbände der Krankenkassen/ Krankenkassen können Maßnahmen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 21 Abs. 2 einleiten. Der jeweilige Berufsverband der Heilmittelerbringer kann solche Maßnahmen beantragen.
- (2) Die Landesverbände der Krankenkassen/ Krankenkassen teilen dem Heilmittelerbringer die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung rechtzeitig mit. Auf Wunsch des Heilmittelerbringers ist dessen Berufsverband hinzuzuziehen.
- (3) Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist den von den Landesverbänden der Krankenkassen/ Krankenkassen bestellten Sachverständigen innerhalb der Praxiszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren. Der Praxisinhaber hat die Möglichkeit, die Praxisbegehung abzulehnen.
- (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 Verlaufsdokumentation, die Qualifikationsnachweise und andere 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/ Krankenkassen 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 Abs. 6 behoben wurden, liegt ein Vertragsverstoß gemäß § 26 vor und berechtigt die Landesverbände der Krankenkassen/ 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.

– Vorgaben für Vergütungsstrukturen –

§ 23

Allgemeine Grundsätze

- (1) Die Vergütungen für Heilmittel werden ausschließlich für die gemäß der HeilM-RL nach § 92 SGB V verordnungsfähigen Heilmittel sowie die in dem Rahmenvertrag umfassten weiteren Zusatzleistungen (z. B. Hausbesuch, Wegegeld) vereinbart.
- (2) Die ausgeführten vertraglichen Leistungen werden nach der jeweiligen Vergütungsvereinbarung vergütet. Hierzu werden gesonderte Kündigungsfristen vereinbart. Die in den Vergütungsvereinbarungen genannten Preise sind Höchstpreise. Mit den Vergütungen sind sämtliche Kosten abgegolten.
- (3) 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.
- (4) Für die erbrachten Leistungen nach Anlage 1 dürfen mit Ausnahme der gesetzlichen Zahlung des Versicherten gemäß § 32 Abs. 2 SGB V weitere Zahlungen nicht gefordert werden. Insbesondere darf das mit den Kostenträgern vereinbarte Leistungsvolumen nicht mit privaten Aufzahlungen des Versicherten aufgestockt werden.

§ 24

Rechnungslegung, Zahlungsfrist, Beanstandung, Verjährung

- (1) Für Inhalt und Form der Abrechnung gelten die Abrechnungsrichtlinien gem. § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Änderungen sind den Heilmittelerbringern vor der Umsetzung durch die Landesverbände der Krankenkassen mitzuteilen.
- (2) Zahlungen an eine durch den Heilmittelerbringer ermächtigte Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle setzen voraus, dass den Krankenkassen eine Ermächtigungserklärung vorliegt. Zahlungen an eine Abrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung, es sei denn, der Krankenkasse liegt ein schriftlicher Widerruf des Heilmittelerbringers vor.
- (3) Die Rechnungen sind innerhalb von 21 Tagen nach Eingang bei der Krankenkasse zu begleichen. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Ist der Zahltag kein Werktag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Werktag.
- (4) Die teilweise Abrechnung von erbrachten Leistungen ist zwischen dem jeweiligen Berufsverband und der jeweils zuständigen Krankenkasse abzustimmen.
- (5) Beanstandungen müssen von der Krankenkasse innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden. Es sei denn, es liegt eine nicht vertragskonforme Handlung des Zugelassenen vor.
- (6) Forderungen aus Vertragsleistungen können nach Ablauf eines Jahres, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie abgeschlossen worden sind, nicht mehr erhoben werden.

– Ergänzende Bestimmungen –

§ 25

Verwendung des Institutionskennzeichens

- (1) Jeder Heilmittelerbringer verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit den Landesverbänden der Krankenkassen/ Krankenkassen verwendet. Für jede (Zweit-)Praxis ist ein gesondertes IK zu führen.
- (2) Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind ausschließlich der SVI unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die Landesverbände der Krankenkassen/ Krankenkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.
- (3) Das gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen/ Krankenkassen eingesetzte IK ist bei der Zulassung mitzuteilen. Abrechnungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen/ Krankenkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK, das in jeder Abrechnung und im Schriftwechsel anzugeben ist.

Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Landesverbänden der Krankenkassen/ Krankenkassen abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem unbekanntem IK.

Die unter dem gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen/ Krankenkassen verwandten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung, sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die Landesverbände der Krankenkassen/ Krankenkassen. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.

§ 26

Vertragsverstöße/Regressverfahren

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zu Gebote stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Der Heilmittelerbringer hat alle Veränderungen, die das Vertragsverhältnis und die Zulassung nach § 124 SGB V betreffen, den Landesverbänden der Krankenkassen/ Krankenkassen unverzüglich mitzuteilen.
- (2) Grobe Pflichtverletzungen stellen Vertragsverstöße dar, die geahndet werden können. Als grobe Pflichtverletzungen sind insbesondere anzusehen:
 - a) Abrechnungsmanipulationen, die wissentlich im Zusammenhang mit Falschabrechnungen getätigt werden. Dies betrifft insbesondere die Berechnung von Leistungen, die nicht erbracht wurden, beziehungsweise die nicht der ärztlichen Verordnung entsprechen.
 - b) Aufnahme vertragsärztlicher Verordnungen anderer Praxen in die eigene Abrechnung.
 - c) Mängel bei der Abgabe der Leistung, die eine Gefährdung des Versicherten zur Folge haben können.

- d) Fälschung und/ oder Verfälschung von abrechnungsbegründenden Unterlagen.
 - e) Änderung der Verordnungsdaten ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt.
 - f) Die Abrechnung einer Leistung, die auf einer bewussten Fehlinformation an den verordnenden Arzt durch den Leistungserbringer über den Versicherten beruht. Dies ist insbesondere der Fall, wenn der Heilmittelerbringer falsche Angaben über den Versicherten übermittelt, die eine ärztliche Verordnung zur Folge haben, die eine nicht notwendige Leistung betrifft.
 - g) Die Nichterfüllung der fachlichen, personellen und/ oder räumlichen Voraussetzungen gemäß den §§ 11 - 14 dieses Vertrages in Verbindung mit den Zulassungsempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes.
 - h) Die Forderung bzw. Annahme von Aufzahlungen zu Vertragsleistungen von Versicherten, die nicht den gesetzlichen beziehungsweise vertraglichen Regelungen entsprechen.
 - i) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz (vgl. § 9).
 - j) Verstöße gegen § 8.
 - k) nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen.
- (3) Die Landesverbände der Krankenkassen/ Krankenkassen haben die Möglichkeit, während der üblichen Praxiszeiten die einzelnen Praxen aus begründetem Anlass, insbesondere bei Zweifeln am vertragsgemäßen Verhalten, durch Beauftragte besichtigen zu lassen. Dieses Recht erstreckt sich in begründeten Einzelfällen auch auf die Einsicht in die Unterlagen, aus denen die durchgeführten Leistungen für die Versicherten der Landesverbände der Krankenkassen/ Krankenkassen ersichtlich sind.
- (4) Die Feststellungen können den am Vertrag beteiligten Partnern bekannt gegeben werden.
- (5) Bei Verstößen gegen diesen Vertrag, dazu gehören auch die Meldepflichten, und bei unzulässiger Zusammenarbeit zwischen Heilmittelerbringern und Vertragsärzten nach § 128 SGB V in der jeweils gültigen Fassung, können die Landesverbände der Krankenkassen/ Krankenkassen einzeln oder gemeinsam über Maßnahmen beschließen. Der Heilmittelerbringer kann zu den Verstößen in angemessener Frist Stellung nehmen. Er hat das Recht, den Berufsverband oder einen sonstigen Vertreter beizuziehen. Als Vertragsmaßnahmen kommen insbesondere in Betracht:
- a) Verwarnung
 - b) Bei mehrmaligem Verstoß gegen die Melde- und Mitwirkungspflichten (§§ 11- 14) eine Vertragsstrafe in Höhe von bis zu 1.000,- €
 - c) In anderen Fällen in einer Höhe bis zu 50.000,- €
 - d) Wegfall der Abrechnungsberechtigung

Ungeachtet der Möglichkeit des Ausspruchs einer Vertragsmaßnahme besteht bei Vertragsverstößen für Heilmittelversorgungen kein Vergütungsanspruch, auch wenn die Heilmittel bereits abgegeben und abgerechnet wurden.

Unabhängig von den Maßnahmen nach Abs. 5 sind die durch die Vertragsverletzung entstandenen Rückzahlungsansprüche (zu Unrecht gezahlte Vergütungen) zu begleichen. Eine strafrechtliche Verfolgung und die Geltendmachung von weiteren Schadensersatzansprüchen durch die Kostenträger bleiben hiervon unberührt.

§ 27 Vertragsausschuss

- (1) Zur Klärung von gravierenden Meinungsverschiedenheiten und Zweifelsfragen von grundsätzlicher Bedeutung, die auf örtlicher Ebene oder zwischen den beteiligten Verbänden nicht bereinigt werden können, kann auf Antrag eines Vertragspartners ein Vertragsausschuss gebildet werden. Er setzt sich aus Vertretern der Landesverbände der Krankenkassen/ Krankenkassen einerseits und Vertretern des Berufsverbandes andererseits paritätisch zusammen
- (2) Der Vertragsausschuss fasst seine Beschlüsse mit einfacher Mehrheit. Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.

Beschlüsse des Vertragsausschusses zur Auslegung dieses Vertrages sind den Vertragspartnern zuzustellen. Sie werden Bestandteil dieses Vertrages oder seinen Anlagen, wenn alle Vertragspartner ihre schriftliche Zustimmung erteilen.

Über jede Sitzung des Vertragsausschusses ist eine Niederschrift zu fertigen; sie muss den Namen der Sitzungsteilnehmer sowie die gefassten Beschlüsse enthalten. Sie ist vom Vorsitzenden und einem Vertreter des anderen Vertragspartners zu unterzeichnen. Jede Partei dieses Vertrages trägt die Kosten ihrer Vertreter.

– Inkrafttreten und Kündigung –

§ 28 Inkrafttreten/ Kündigung

- (1) Dieser Rahmenvertrag tritt am **01. Mai 2015** in Kraft. Der Rahmenvertrag insgesamt oder einzelne Anlagen – außer die Anlage 1, hier gilt eine separate Kündigungsfrist – können mit einer Frist von 6 Monaten zum Jahresende, frühestens zum 31. Dezember 2016, gekündigt werden.
- (2) Bei Änderungen der Heilmittelrichtlinie werden sich die Partner des Rahmenvertrages umgehend auf die erforderlichen Anpassungen verständigen.

§ 29
Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen des Rahmenvertrages nichtig sein bzw. durch gesetzliche Neuregelungen oder höchstrichterliche Rechtsprechung ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Rahmenvertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen. Die unwirksame Bestimmung ist durch eine sinngemäß wirksame Bestimmung zu ersetzen, die der angestrebten Regelung am nächsten kommt.

Anlage 1: Vergütungsvereinbarung

Anlage 2: Leistungsbeschreibung

Anlage 3: Verpflichtungsschein

Bad Homburg,

Dresden,

Frankfurt/Main,

Frechen,

Hamburg,

Moers,

den 23.03.2015

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

Manien Maltahn



[Signature]

Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V.
(dbl)



Bundesgeschäftsstelle
Augustinusstraße 11a
80226 Frechen

[Signature]

BKK Landesverband Süd

[Signature]

Christof Mahl

BKK Landesverband Süd
Regionaldirektion Hessen
Stresemannallee 20
60596 Frankfurt am Main

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



Bundesgeschäftsstelle
Goethestr. 16 • 47441 Moers
Tel. 02841/998 191-0 • Fax 998 191-30

IKK classic,
Dresden

[Signature]

Knappschaft,
Regionaldirektion Frankfurt

[Signature]
Knappschaft
Regionaldirektion Frankfurt
Galvanstr. 31, 60486 Frankfurt