

# **Vertrag gemäß § 125 SGB V**

---

Zwischen

dem **Verband Deutscher Logopäden und Sprachtherapeutischer Berufe e.V.**  
(VDLS e.V.)

– nachstehend Berufsverband genannt –

einerseits

und

der **AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse,**

dem **BKK-Landesverband NORDWEST,**

der **IKK classic,**

der **KNAPPSCHAFT als Landesverband NRW,**

– nachstehend Landesverbände genannt –

andererseits

wird folgender Vertrag gemäß § 125 Abs. 2 SGB V geschlossen:

# Vertragsübersicht

---

**§ 1 Vertragsgegenstand und Geltungsbereich**

*– Allgemeine Grundsätze –*

**§ 2 Heilmittel**

**§ 3 Ziel der Heilmittelbehandlung**

**§ 4 Leistungsgrundlagen**

**§ 5 Abgabe von Heilmitteln**

**§ 6 Wahl des Heilmittelerbringers**

**§ 7 Datenschutz**

**§ 8 Inhalt, Umfang und Häufigkeit der Heilmittel**

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

**§ 9 Maßnahmen zur Qualitätssicherung**

*– Qualität der Behandlung – Strukturqualität –*

**§ 10 Strukturqualität**

**§ 11 Organisatorische Voraussetzungen**

**§ 12 Personelle Voraussetzungen**

**§ 13 Vertretung**

*– Qualität der Versorgungsabläufe – Prozessqualität –*

**§ 14 Prozessqualität**

*– Qualität der Behandlungsergebnisse – Ergebnisqualität –*

**§ 15 Ergebnisqualität**

**§ 16 Aufbewahrungsfrist**

*– Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit  
des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt/-zahnarzt –*

**§17 Inhalt und Umfang der Kooperation**

**§18 Verordnung**

*– Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung –*

**§ 19 Wirtschaftlichkeit**

*– Vergütung –*

**§ 20 Allgemeine Grundsätze**

**§ 21 Rechnungslegung, Zahlungsfrist, Beanstandung, Verjährung**

**§ 22 Vertragsausschuss**

**§ 23 Vertragsverstöße/Regressverfahren**

**§ 24 Inkrafttreten/Kündigung**

**§ 25 Salvatorische Klausel**

## § 1

### Vertragsgegenstand und Geltungsbereich

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Erbringung und Vergütung stimm-, sprech- und sprachtherapeutischer Leistungen für die Versicherten der vertragsschließenden Krankenkassen, der von den Landesverbänden vertretenen Kassenarten. Die Anforderungen der
- a. Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) Ärzte und Zahnärzte,
  - b. Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ sowie mit Hebammen und Entbindungspflegern (§ 301 a SGB V) sowie der
  - c. gemeinsamen Rahmenempfehlung gemäß § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitlichen Versorgungen mit Heilmitteln

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

- (2) Dieser Vertrag gilt

- a. für die vertragsschließenden Krankenkassen, der von den Landesverbänden vertretenen Kassenarten,
- b. für die Mitglieder des VDLS e.V. mit Betriebssitz im Landesteil Nordrhein des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen, die im Rahmen der Zulassung diesen Vertrag anerkennen,

- (3) Für Anspruchsberechtigte nach Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesseuchengesetz (BSeuchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) gilt dieser Vertrag unter der Maßgabe, dass die Genehmigung des zuständigen Kostenträgers erforderlich ist.

– **Allgemeine Grundsätze** –

**§ 2**  
**Heilmittel**

- (1) Heilmittel im Sinne dieses Vertrages sind solche, die nach den geltenden Heilmittel-Richtlinien verordnungsfähig und in der Anlage 1 dieses Vertrages vereinbart sind.
- (2) Heilmittel sind persönlich erbrachte medizinische Leistungen. Hierzu gehören Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie.

**§ 3**  
**Ziel der Heilmittelbehandlung**

- (1) Heilmittel dienen dazu
  - a. eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
  - b. eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
  - c. einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken oder
  - d. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.
- (2) Bei der Heilmittelbehandlung ist den besonderen Erfordernissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen.
- (3) Der zugelassene Heilmittelerbringer (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) Heilmittel werden entsprechend der jeweils gültigen Heilmittelrichtlinie und des Heilmittelkatalogs erbracht.
- (2) Der Heilmittelerbringer erbringt Leistungen persönlich oder lässt Leistungen nach diesem Vertrag durch seine gemäß den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 124 Abs. 4 SGB V berufsrechtlich qualifizierten Mitarbeiter durchführen. Hierzu gehören auch vertragsärztlich/-zahnärztlich verordnete Hausbesuche. Diese können grundsätzlich von dem nächstliegenden Heilmittelerbringer nicht abgelehnt werden.
- (3) Die Ausführung vertragsärztlich/-zahnärztlich verordneter Leistungen ist nur gestattet, wenn sich die Zulassung auf jede der verordneten Leistungen erstreckt.
- (4) Von Mitarbeitern erbrachte Behandlungen können als Leistungen des Zugelassenen nach diesem Vertrag abgerechnet werden, wenn diese qualifizierte Therapeuten nach § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V sind. Der Mitarbeiter darf nur die Leistungen erbringen, zu denen er berechtigt ist.

## **§ 5**

### **Abgabe von Heilmitteln**

Heilmittelerbringer, die durch die Landesverbände der Krankenkassen gemäß § 124 SGB V zugelassen sind, sind berechtigt und verpflichtet, vertragsärztlich/-zahnärztlich verordnete Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie auf der Grundlage eigener Befunderhebung, die Bestandteil der Leistung ist, durchzuführen. Das Nähere regelt die Leistungsbeschreibung.

## **§ 6**

### **Wahl des Heilmittelerbringers**

- (1) Den Versicherten steht die Wahl unter den zugelassenen Heilmittelerbringern frei.
- (2) Die Krankenkassen informieren die Versicherten auf Anfrage über die Adressen der Heilmittelerbringer.
- (3) Werbung für die im Rahmen dieses Vertrages zu erbringenden Leistungen, die gegen das Wettbewerbsrecht oder das Heilmittelwerbegesetz verstößt, ist nicht zulässig. Insbesondere sind zu beachten:

- a. Werbemaßnahmen des Heilmittelerbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Krankenkasse beziehen. Werbung in Arzt-/Zahnarztpraxen und deren Zugängen ist unzulässig.
- b. Eine Zusammenarbeit zwischen den Heilmittelerbringern und Ärzten/Zahnärzten, die dazu führt, dass die freie Wahl des Versicherten unter den Heilmittelerbringern beeinflusst wird, ist nicht gestattet.

## **§ 7**

### **Datenschutz**

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, bei der Erhebung, Verarbeitung, Speicherung, Nutzung und Weitergabe personenbezogener Daten datenschutzrechtlichen Vorschriften - insbesondere die ab 25.05.2018 geltende EU-DSGVO, den Sozialdatenschutz nach dem SGB V und die ärztliche Schweigepflicht einzuhalten und ihre Mitarbeiter auf die Einhaltung des Datengeheimnisses zu verpflichten. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses und der Schweigepflicht bleibt auch nach Ende des Vertragsverhältnisses bestehen. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung nach der EU-DSGVO ist jeweils der Vertragspartner für die im Rahmen seiner sich aus diesem Vertrag ergebenden Datenverarbeitung.
- (2) Die Datenverarbeitung erfolgt auf der Grundlage der vorherigen Einwilligung des Versicherten. Im Rahmen der Information des Versicherten über die Versorgung wird dieser umfassend über die Reichweite der ihn betreffenden Datenerhebung, -verarbeitung und Nutzung seiner Daten aufgeklärt. Ab 25. Mai 2018 sind hierbei die Transparenzverpflichtungen nach der EU-DSGVO zu erfüllen.

## **§ 8**

### **Inhalt, Umfang und Häufigkeit der Heilmittel**

- (1) Der Inhalt der einzelnen Heilmittel sowie deren Regelbehandlungszeit ist in der Leistungsbeschreibung festgelegt (Anlage 1).
- (2) Hinsichtlich Umfang und Häufigkeit der Anwendungen der Heilmittel im Regelfall gilt Anlage 2 nach den „Gemeinsamen Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln“.

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

## **§ 9**

### **Maßnahmen zur Qualitätssicherung**

- (1) Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen.
- (2) Die Landesverbände der Krankenkassen sind jederzeit berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus diesen Empfehlungen ergebenden Pflichten zu überprüfen.
- (3) Die Krankenkassen wirken im Rahmen ihrer Möglichkeiten darauf hin, dass die verordnenden Vertragsärzte/-zahnärzte unter Beachtung der Vorgaben gemäß § 25 a BMV-Ä, der Heilmittel-Richtlinie und des Heilmittelkataloges verordnen.

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

## **§ 10**

### **Strukturqualität**

Die Strukturqualität beschreibt die Möglichkeit des Therapeuten, aufgrund seiner individuellen Qualifikation, im Rahmen seines Arbeitsfeldes und unter Berücksichtigung der vorhandenen Infrastruktur qualitativ hochwertige Therapieleistungen zu erbringen. Dabei müssen die Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Die Strukturqualität umfasst insbesondere die organisatorischen, personellen, räumlichen und sächlichen Voraussetzungen für das Therapiegeschehen.

## **§ 11**

### **Organisatorische Voraussetzungen**

- (1) Der Heilmittelerbringer ist auf Anforderung verpflichtet, den zulassenden Stellen innerhalb von zwei Wochen seine Mitarbeiter zu melden sowie deren Qualifikation/en und geplante wöchentliche Arbeitszeit nachzuweisen. Zulassungsrelevante Personalveränderungen sind unverzüglich mitzuteilen.

- (2) Die Einhaltung der Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie der nach dem MPG relevanten Verordnungen (z. B. Betreiberverordnung und Medizingeräteverordnung) und der Unfallverhütungsvorschriften ist vom Heilmittelerbringer und von dessen Mitarbeitern zu beachten.
- (3) Der Heilmittelerbringer haftet auch für die Tätigkeit sämtlicher Mitarbeiter - gegenüber den Versicherten und den Krankenkassen nach den Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (§ 61 SGB XI).
- (4) Der Heilmittelerbringer gewährleistet, dass die Versicherten der Krankenkassen nach gleichen Grundsätzen behandelt werden.
- (5) Der Heilmittelerbringer hat eine Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung in ausreichender Höhe abzuschließen.
- (6) Hinsichtlich Praxiseinrichtung und -ausstattung gelten die Bestimmungen der Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 124 Abs. 4 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

## **§ 12**

### **Personelle Voraussetzungen**

- (1) Die Durchführung einer Behandlung darf nur von hierfür gemäß der Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 SGB V qualifizierten und - soweit dies für die Abgabe der Leistung vertraglich vorgesehen ist - von entsprechend weitergebildeten Therapeuten in zugelassenen Praxen erfolgen.
- (2) Behandlungen durch freie Mitarbeiter sind als Leistungen des zugelassenen Heilmittelerbringers abrechnungsfähig, wenn der freie Mitarbeiter die Voraussetzungen nach § 124 Abs. 2 Nummern 1 und 2 SGB V erfüllt.
- (3) Der Zugelassene/fachliche Leiter hat sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation beruflich mindestens alle 2 Jahre extern fachspezifisch fort- oder weiterzubilden. Der Nachweis hierüber ist auf Anforderung des Berufsverbandes oder eines zuständigen Landesverbandes der Krankenkassen zu erbringen. Der vierjährige Betrachtungszeitraum bezieht sich immer auf den einzelnen Zugelassenen/fachlichen Leiter. Der erste Betrachtungszeitraum beginnt am 01.08.2009 für alle zu diesem Zeitpunkt im jeweiligen Heilmittelbereich Zugelassenen bzw. tätige fachliche Leiter. Bei erstmaliger Zulassung oder erstmaliger Aufnahme der Tätigkeit als fachlicher Leiter nach dem 01.08.2009 beginnt der Betrachtungszeitraum mit der Erteilung der Zulassung bzw. mit dem Beginn der Tätigkeit.

### **§ 13**

#### **Vertretung**

Der Zugelassene/fachliche Leiter kann bei Verhinderung durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung sowie bei Schwangerschaft/ Mutterschaft entsprechend der Dauer des Mutterschutzes/Erziehungsurlaubes nach dem Mutterschutzgesetz/Bundeserziehungsgeldgesetz in seiner Praxis vertreten werden. Der Heilmittelerbringer hat die Personalien des Vertreters, dessen fachliche Qualifikation und die voraussichtliche Dauer der Vertretung mitzuteilen. Der Vertreter muss die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nummern 1 und 2 SGB V erfüllen und nachweisen.

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

### **§ 14**

#### **Prozessqualität**

- (1) Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Therapieprozesse.
- (2) Zur Sicherung der Prozessqualität hat der Heilmittelerbringer insbesondere Folgendes zu gewährleisten:
  - a. Kooperation zwischen Heilmittelerbringer und verordnendem Vertragsarzt/-zahnarzt
  - b. Orientierung der Behandlung an der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik), am Therapieziel und der Belastbarkeit des Versicherten
  - c. Anwendung des verordneten Heilmittels
  - d. Behandlung gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. § 8)
  - e. 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/Zahnärzten) zu beteiligen.

- (4) Der Heilmittelerbringer hat für jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdokumentation gemäß Ziffer 8. der Leistungsbeschreibung zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben.
- (5) Die Krankenkassen unterstützen im Rahmen ihrer Möglichkeiten die Prozessqualität durch geeignete Maßnahmen auf Seite der verordnenden Ärzte/Zahnärzte und der Kassenärztlichen/-zahnärztlichen Vereinigungen.

**– Qualität der Behandlungsergebnisse – Ergebnisqualität –**

**§ 15  
Ergebnisqualität**

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

**§ 16  
Aufbewahrungsfrist**

Die Verlaufsdokumentation nach § 14 Abs. 4 ist 3 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Der Heilmittelerbringer hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten (vgl. § 7).

**– Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit  
des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt/-zahnarzt –**

**§ 17**

**Inhalt und Umfang der Kooperation**

- (1) Eine zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln ist nur zu gewährleisten, wenn der verordnende Vertragsarzt/-zahnarzt und der die Verordnung ausführende Therapeut eng zusammenwirken.
- (2) Dies setzt voraus, dass zwischen dem Arzt/-zahnarzt, der bei der Auswahl der Heilmittel definierte Therapieziele zur Grundlage seiner Verordnung gemacht hat, und dem Therapeuten, der für die Durchführung der verordneten Maßnahme verantwortlich ist, eine Kooperation sichergestellt ist. Dies gilt für den Beginn, die Durchführung und den Abschluss der Heilmittelbehandlung.
- (3) Der Heilmittelerbringer darf den Vertragsarzt/-zahnarzt nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in seiner Ordnungsweise beeinflussen.
- (4) Für den Beginn der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:
  - a. Sofern der Vertragsarzt/-zahnarzt auf dem Ordnungsblatt keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, soll die Behandlung innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden. Kann die Heilmittelbehandlung in dem genannten Zeitraum nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Dies ist nicht der Fall, wenn im begründeten Ausnahmefall zwischen Vertragsarzt/-zahnarzt und Heilmittelerbringer eine abweichende Regelung getroffen wurde, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert. Die einvernehmliche Änderung ist vom Heilmittelerbringer auf dem Ordnungsblatt zu begründen und zu dokumentieren.<sup>1</sup>
  - b. Ergibt sich aus der Befunderhebung durch den Heilmittelerbringer, dass die Erreichung des vom verordnenden Vertragsarzt/-zahnarzt benannten Therapieziels durch ein anderes Heilmittel besser erreicht werden kann, hat der Heilmittelerbringer darüber unverzüglich den Vertragsarzt/-zahnarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren, um eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans abzustimmen und ggf. eine neue Verordnung zu erhalten.

---

<sup>1</sup> Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Teils der Verordnung, der für die Abrechnung mit der Krankenkasse bestimmt ist.

- c. Hat der verordnende Vertragsarzt/-zahnarzt Gruppentherapie verordnet und kann die Maßnahme aus Gründen, die der Arzt/Zahnarzt nicht zu verantworten hat, nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat der Therapeut den Arzt/Zahnarzt zu informieren und die Änderung auf dem Verordnungsblatt zu begründen.<sup>2</sup>

(5) Für die Durchführung der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:

- a. Sind auf dem Verordnungsblatt Angaben zur Frequenz der Heilmittelbehandlung gemacht, ist eine Abweichung davon nur zulässig, wenn zuvor zwischen Heilmittelerbringer und Vertragsarzt/-zahnarzt ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.<sup>3</sup>
- b. 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/-zahnarzt, 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.
- c. Wird im Verlauf der Heilmittelbehandlung das angestrebte Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Behandlung zu beenden.
- d. Wird die Behandlung länger als 14 Tage unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Eine Überschreitung der 14-Tage-Frist wird nur in folgenden Fällen akzeptiert:
  - K** Bei Erkrankung des Patienten (bei Kindern auch im Falle einer Erkrankung der Eltern) oder des Therapeuten bis maximal vier Wochen.
  - F** Bei Urlaub bzw. Schulferien maximal vier Wochen (in besonders begründeten Einzelfällen auf ggf. sechs Wochen).
  - T** Im Einzelfall bei einer Therapieunterbrechung, wenn diese begründet wird.

---

<sup>2</sup> Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Teils der Verordnung, der für die Abrechnung mit der Krankenkasse bestimmt ist.

<sup>3</sup> Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Teils der Verordnung, der für die Abrechnung mit der Krankenkasse bestimmt ist.

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

Der Heilmittelerbringer unterrichtet den behandelnden Vertragsarzt/-zahnarzt jeweils gegen Ende einer Behandlungsserie soweit vom Vertragsarzt/-zahnarzt verordnet 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 ablehnen.

### **§ 18 Verordnung**

- (1) Diagnose, Leitsymptomatik, ggf. Spezifizierung des Therapieziels, Art, Anzahl und ggf. Frequenz der Leistungen ergeben sich aus der vom Vertragsarzt/-zahnarzt ausgestellten Verordnung. Die vertragsärztliche/-zahnärztliche Verordnung kann ausgeführt werden, wenn diese für die Behandlung erforderlichen Informationen enthalten sind. Zur Abgabe dieser Leistungen ist der zugelassene Heilmittelerbringer dann entsprechend der Leistungsbeschreibung (vgl. § 8) berechtigt und verpflichtet.
- (2) Die vertragsärztliche/-zahnärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
- (3) Die empfangene Maßnahme ist vom Heilmittelerbringer auf der Rückseite der Verordnung verständlich darzustellen und am Tage der Leistungsabgabe vom Patienten durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig.

### **– Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung –**

### **§ 19 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:

- a. Abstimmung der Ergebnisse der therapeutischen Befunderhebung mit der ärztlichen/zahnärztlichen Therapiezieldefinition unter Berücksichtigung des verordneten Heilmittels
- b. Anwendung des verordneten Heilmittels gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. § 8)
- c. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt/-zahnarzt (vgl. § 17 Abs. 5 und 6)
- d. Fristgerechter Behandlungsbeginn
- e. Regelbehandlungszeit je Therapieeinheit
- f. Behandlungsdauer bis zur Erreichung des Therapieziels
- g. Behandlungsfrequenz
- h. Status/Zustand und Kooperation des Patienten.

**– Vergütung –**

**§ 20**

**Allgemeine Grundsätze**

Das System zur Vergütung von Leistungen durch Heilmittelerbringer muss insbesondere nachfolgende Grundsätze erfüllen:

- a. Die Vergütungen für Heilmittel werden ausschließlich für die gemäß den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V ordnungsfähigen Heilmittel sowie die in der Rahmenvereinbarung umfassten weiteren Leistungen und Zusatzleistungen (z. B. Hausbesuch, Wegegeld) vereinbart.
- b. Das Vergütungssystem muss für die Vertragspartner transparent und handhabbar sein.
- c. Die ausgeführten vertraglichen Leistungen werden nach der jeweiligen Höchstpreisvereinbarung vergütet (Anlage 2). Hierzu werden gesonderte Kündigungsfristen vereinbart. Mit den Vergütungen sind sämtliche Kosten abgegolten.

- d. Die Vergütung sollte grundsätzlich prospektiv für einen zukünftigen Zeitraum vereinbart werden. Rechtzeitig vor Ablauf einer Vereinbarung sollen die Vertragspartner sicherstellen, dass Folgeverhandlungen stattfinden. Bis zu einer neuen Vereinbarung sind die bisherigen Höchstpreise der Abrechnung zugrunde zu legen.
- e. Für die erbrachten Leistungen dürfen mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten gemäß § 32 Abs. 2 SGB V weitere Zuzahlungen nicht gefordert werden. Der Zuzahlungsbetrag ist vom Heilmittelerbringer einzuziehen; Zuzahlungen dürfen nur für erbrachte Leistungen eingezogen werden.

## **§ 21**

### **Rechnungslegung, Zahlungsfrist, Beanstandung, Verjährung**

- (1) Für Inhalt und Form der Abrechnung gelten die Abrechnungsrichtlinien gemäß § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Werden die Daten nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, erfolgt gemäß § 303 SGB V eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 % des Rechnungsbetrages. Als nicht maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten auch im Wege elektronischer Datenübermittlung übermittelte Daten (insbesondere Preislistennummer, Positionsnummern und Preise), die nicht den Vereinbarungen in den Anlagen entsprechen.
- (3) Zahlungen an eine durch den Heilmittelerbringer ermächtigte Abrechnungs-/Verrechnungsstelle setzen voraus, dass den Krankenkassen eine Ermächtigungserklärung vorliegt. Zahlungen an eine Abrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung, es sei den, der Krankenkasse liegt ein schriftlicher Widerruf des Heilmittelerbringers vor. Forderungen der Krankenkasse gegenüber dem zugelassenen Heilmittelerbringer können auch gegenüber der Abrechnungsstelle bei Abrechnungen für diesen Heilmittelerbringer aufgerechnet werden.
- (4) Die Rechnungen sind gemäß § 302 SGB V 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.
- (5) Die teilweise Abrechnung von erbrachten Leistungen ist zwischen Berufsverband und der jeweils zuständigen Krankenkasse abzustimmen.
- (6) Beanstandungen müssen von der Krankenkasse innerhalb von 12 Kalendermonaten nach Rechnungseingang erhoben werden.

- (7) Forderungen aus Vertragsleistungen können nach Ablauf von 12 Kalendermonaten nach dem Behandlungsende einer Verordnung nicht mehr erhoben werden.
- (8) Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesseuchengesetz (BSeuchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform der Krankenkasse zu erstellen.

## **§ 22**

### **Vertragsausschuss**

- (1) Zur Klärung von Meinungsverschiedenheiten und Zweifelsfragen zwischen den Krankenkassen und den Heilmittelerbringern kann ein Vertragsausschuss gebildet werden. Dieser setzt sich aus Vertretern der Landesverbände der Krankenkassen und den Vertretern des Berufsverbandes andererseits paritätisch zusammen.
- (2) Der Vertragsausschuss ist auf Antrag eines Vertragspartners einzuberufen.

## **§ 23**

### **Vertragsverstöße/Regressverfahren**

- (1) Erfüllt ein Heilmittelerbringer die ihm obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann ihn der betroffene Landesverband der Krankenkassen schriftlich warnen; die Krankenkasse kann eine Frist für die Beseitigung des Vertragsverstoßes durch den Heilmittelerbringer festsetzen.
- (2) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann der betroffene Landesverband der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Vertragsausschuss (§ 22) nach erfolgter Anhörung eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000,00 EUR festsetzen. Schwerwiegende Vertragsverstöße rechtfertigen auch den Widerruf der Zulassung. Unabhängig davon ist der Schaden zu ersetzen.
- (3) Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:
- a. Nichterfüllung von organisatorischen und/oder sächlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen (vgl. §§ 11 bis 13).
  - b. Abrechnung nicht erbrachter Leistungen.

- c. Wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz (vgl. § 8).
- d. Nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen.
- e. Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt/-zahnarzt.
- f. Unzulässige Zusammenarbeit mit Vertragsarzt-/Vertragszahnarztpraxen, Ärzten und Zahnärzten in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen gemäß § 128 Abs. 5b SGB V.

## **§ 24**

### **Inkrafttreten/Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag gemäß § 125 SGB V tritt am 01.01.2018 in Kraft. Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2018 schriftlich gekündigt werden. Er kann vom VDLS e.V. gegenüber jedem Landesverband der vertragsschließenden Krankenkassen sowie von jedem Landesverband der vertragsschließenden Krankenkassen gegenüber dem VDLS e.V. 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) Bei einer vertragsrelevanten Änderung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL), der Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ sowie mit Hebammen und Entbindungspflegern (§ 301 a SGB V) sowie der Gemeinsamen Rahmenempfehlung gemäß § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitlichen Versorgungen mit Heilmitteln werden sich die Vertragspartner umgehend auf die erforderlichen Anpassungen verständigen.

## **§ 25**

### **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:** Leistungsbeschreibung Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie  
(Gemäß Anlage 1 zur Rahmenempfehlung nach § 125 Abs. 1 SGB V für  
Stimm- Sprech- und Sprachtherapie in der Fassung vom 01.07.2013)

**Anlage 2:** Höchstpreisvereinbarung  
(Wird erstmalig im Nachgang zur Vertragsunterzeichnung zwischen den  
vertragsschließenden Parteien verhandelt und vereinbart)

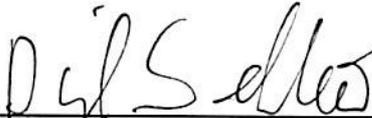
Simmerath, Dresden, Bochum, Düsseldorf, Essen, den 18.01.2018

VDLS Verband Deutscher Logopäden und  
Sprachtherapeuten  
In den Bremen 4-6 52152 Simmerath  
Verband Deutscher Logopäden und  
E-Mail: info@vdlse-ev.de  
Sprachtherapeutischer Berufe e.V.



---

AOK Rheinland/Hamburg  
Die Gesundheitskasse



---

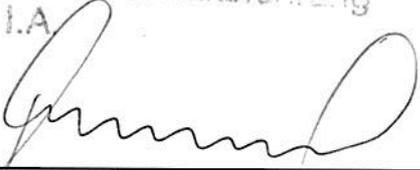
BKK Landesverband NORDWEST



---

IKK classic

Die Geschäftsführung  
I.A.



---

KNAPPSCHAFT