

**Rahmenvertrag
gemäß § 125 Abs. 2 SGB V
über die Versorgung mit sprachtherapeutischen Leistungen**

zwischen

dem Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/-innen
Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V. (dba)
Landesverband Niedersachsen
Holstenwall 12
20355 Hamburg

- nachfolgend **dba** genannt –

dem Deutschen Bundesverband für Logopädie e. V.
Landesverband Niedersachsen
Aalgrund 18
31275 Lehrte

- nachfolgend **dbi** genannt –

dem Deutschen Bundesverband der
akademischen Sprachtherapeuten e.V.
Goethestraße 16
47441 Moers

Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.
Landesgruppe Niedersachsen
Lange-Hop-Straße 57
30559 Hannover

- nachfolgend **dbs / dgs** genannt -

nachfolgend ebenfalls **Leistungserbringer** genannt

als Vertragspartner einerseits

und

- der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen*
Hildesheimer Straße 273*
30159 Hannover
- der BKK – Landesverband Niedersachsen-Bremen
Siebststr. 4
30171 Hannover
- dem IKK – Landesverband Niedersachsen
Günther-Wagner-Allee 23
30177 Hannover
- der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Niedersachsen-Bremen*
Im Haspelfelde 24
30173 Hannover
- der Knappschaft, Verwaltungsstelle Hannover
Siemensstr.7
30173 Hannover

nachfolgend **Landesverbände** genannt

als Vertragspartner andererseits

wird folgender Vertrag geschlossen:

* In Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes

§ 1 **Vertragsgegenstand und Geltungsbereich**

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Erbringung und Vergütung stimm-, sprech- und sprachtherapeutischer Leistungen für die Versicherten der Krankenkassen.
- (2) Dieser Vertrag gilt:
 - a) für die Krankenkassen, der von den Landesverbänden vertretenen Kassenarten,
 - b) für die Mitglieder des dba, dbl, dbs/dgs
 - c) für Behandler*, die nicht Mitglied des dba, dbl, dbs/dgs sind, sofern sie diesen Vertrag anerkennen (Anlage 1 Anerkenntniserklärung).
- (3) Für Anspruchsberechtigte nach Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) gilt dieser Vertrag unter der Maßgabe, dass die Genehmigung des zuständigen Kostenträgers erforderlich ist.

§ 2 **Heilmittel**

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

§ 3 **Voraussetzung der Abgabe von Leistungen**

- (1) Heilmittel werden auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung erbracht.
- (2) Der Heilmittelerbringer erbringt Leistungen persönlich oder lässt Leistungen nach diesem Vertrag durch seine gemäß den Gemeinsamen Empfehlungen 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.

* wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass im vorliegenden Vertrag beide Geschlechter gleichermaßen angesprochen sind.

- (3) Die Ausführung vertragsärztlich verordneter Leistungen ist nur gestattet, wenn sich die Zulassung auf jede der verordneten Leistungen erstreckt.

§ 4 Abgabe von Heilmitteln

- (1) Heilmittelerbringer, welche durch die Landesverbände der Krankenkassen bzw. die Verbände der Ersatzkassen gemäß § 124 SGB V zugelassen sind, 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).
- (2) Anstelle der ärztlich verordneten Leistungen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie ist es unzulässig, andere Leistungen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen abzugeben.

§ 5 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) Mit der Leistungspflicht der Krankenkasse/n darf nicht geworben werden. Werbung für die im Rahmen dieses Vertrages zu erbringenden Leistungen, die gegen das Wettbewerbsrecht oder das Heilmittelwerbegesetz verstößt, ist nicht zulässig.
- (4) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Krankenkassen beziehen.

§ 6 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 Medizinische Dienst 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 und diese in geeigneter Weise sicher zu stellen.
- (2) Die §§ 35, 37 SGB I, § 284 SGB V sowie die §§ 67 bis 85 SGB X sind zu beachten.

§ 7

Inhalt, Umfang und Häufigkeit der Heilmittel

- (1) Der Inhalt der einzelnen Heilmittel sowie deren Regelbehandlungszeit ist in der Leistungsbeschreibung für den jeweiligen Heilmittelbereich geregelt (Anlagen 2) .
- (2) Die Leistungsbeschreibung berücksichtigt die Heilmittel-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V; Änderungen in diesen Richtlinien mit Folgewirkung auf die Leistungsbeschreibung erfordern deren unverzügliche Anpassung.

§ 8

Maßnahmen zur Qualitätssicherung

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

§ 9

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. Die Strukturqualität umfasst insbesondere die organisatorischen, personellen, räumlichen und sächlichen Voraussetzungen für das Therapiegesehen.

§ 10

Organisatorische Voraussetzungen

- (1) Der Zugelassene/fachliche Leiter hat als Behandler ganztägig in seiner Praxis zur Verfügung zu stehen oder die qualifizierte Durchführung der Behandlung der Anspruchsberechtigten in seiner Praxis sicherzustellen. Hiervon ausgenommen sind Krankheit, Urlaub oder berufliche Fortbildung bis zur Dauer von 8 Wochen.
- (2) Der Heilmittelerbringer ist auf Anforderung verpflichtet, den zulassenden Stellen innerhalb von zwei Wochen seine Mitarbeiter zu melden sowie deren Qualifikation/en und deren wöchentliche Arbeitszeit nachzuweisen. Zulassungsrelevante Personalveränderungen sind unverzüglich mitzuteilen.
- (3) Der Heilmittelerbringer stellt sicher, dass für sämtliche Mitarbeiter /-innen Therapieflächen nach Maßgabe der Gem. Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V in der jeweils gültigen Fassung vorgehalten werden.

- (4) Die Einhaltung der Vorschriften des Medizinproduktgesetzes (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.
- (5) Der Heilmittelerbringer haftet für die Tätigkeit sämtlicher Mitarbeiter in gleichem Maße wie für die eigene Tätigkeit.
- (6) Der Heilmittelerbringer gewährleistet, dass die Versicherten der Krankenkassen nach gleichen Grundsätzen behandelt werden.
- (7) Der Heilmittelerbringer hat eine Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung in ausreichender Höhe abzuschließen.

§ 11

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 angestellte / freie Mitarbeiter sind als Leistungen des zugelassenen Heilmittelerbringers abrechnungsfähig, wenn der freie Mitarbeiter die Voraussetzungen nach § 124 Abs. 2 Nummern 1 SGB V erfüllt. Praktikanten dürfen während der Ausbildung unter persönlicher Anleitung und Aufsicht des Zugelassenen tätig werden.
- (3) Der Zugelassene/fachliche Leiter, seine freien und angestellten 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 des zuständigen Berufsverbandes oder der zuständigen Krankenkassen zu erbringen.¹

§ 12

Vertretung

- (1) Der Zugelassene/fachliche Leiter kann bis zur Dauer von sechs Monaten bei Verhinderung durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung sowie bei Schwangerschaft/ Mutterschaft entsprechend der Dauer des Mutterschutzes / der Elternzeit nach dem Mutterschutzgesetz/Bundeserziehungsgeldgesetz 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 Nummer 1 SGB V erfüllen und nachweisen.

¹ Hinsichtlich der Fortbildung werden die Verhandlungspartner auf Bundesebene im Laufe des Jahres 2006 ein strukturiertes Fortbildungskonzept als Anlage zu den Rahmenempfehlungen nach §125 Abs. 1 SGB V vereinbaren. In dem Fall werden sich die Vertragspartner auf Landesebene auf entsprechenden Regelungen verständigen.

- (2) Im übrigen bedürfen Vertretungen für länger als sechs Monate der Genehmigung durch die zuständigen Landesverbände der 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.

§ 13 Prozessqualität

- (1) Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Therapieprozesse.
- (2) Zur Sicherung der Prozessqualität hat der Heilmittelerbringer insbesondere folgendes zu gewährleisten:
- Kooperation zwischen Heilmittelerbringer und verordnendem Vertragsarzt
 - Orientierung der Behandlung an der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik), am Therapieziel und der Belastbarkeit des Versicherten.
 - Anwendung des verordneten Heilmittels
 - Behandlung gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. § 7)
 - Dokumentation des Behandlungsverlaufs gemäß Abs. 4.
- (3) Der Heilmittelerbringer sollte darüber hinaus bereit sein,
- eine Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Behandlung Beteiligten herbeizuführen
 - Patienten und deren Angehörige im Einzelfall zu beraten und
 - sich z. B. an Case- Managements und an Qualitätszirkeln (insbesondere auch mit Ärzten) zu beteiligen.
- (4) Der Heilmittelerbringer hat für jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdokumentation zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben.

§ 14 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 Verordnung sowie des Befindens und der Zufriedenheit des Versicherten.

§ 15

Aufbewahrungsfrist

Die Verlaufsdocumentation nach § 14 Abs. 4 ist 3 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Der Leistungserbringer hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten (vgl. § 6).

§ 16

Inhalt und Umfang der Kooperation

- (1) Eine zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln ist nur zu gewährleisten, wenn der verordnende Vertragsarzt und der die Verordnung ausführende Therapeut eng zusammenwirken.
- (2) Dies setzt voraus, dass zwischen dem Vertragsarzt, 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 nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in seiner Verordnungsweise beeinflussen.
- (4) Für den Beginn der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:
 - Sofern der Vertragsarzt auf dem Verordnungsblatt 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 und Heilmittelerbringer eine abweichende Regelung getroffen wurde, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert. Die einvernehmliche Änderung ist vom Heilmittelerbringer auf dem Verordnungsblatt zu begründen und zu dokumentieren.¹
 - 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.

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

- Hat der verordnende Vertragsarzt Gruppentherapie verordnet und kann die Maßnahme aus Gründen, die der Arzt nicht zu verantworten hat, nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat der Therapeut den Arzt zu informieren und die Änderung auf dem Verordnungsblatt zu begründen.¹

(5) Für die Durchführung der Heilmittelbehandlung gilt folgendes:

- Sind auf dem Verordnungsblatt 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 Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.¹
- Therapeutisch indizierte Zusammenlegung zweier Therapieeinheiten innerhalb einer Behandlungsserie bedürfen nicht der Zustimmung der zuständigen Krankenkassen bzw. des Vertragsarztes. Die abzurechnende Gesamtzahl der Leistungen darf in diesem Fall aber die Verordnungsmenge nicht überschreiten.
- 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.
- Wird im Verlauf der Heilmittelbehandlung das angestrebte Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Behandlung zu beenden.
- Wird die Behandlung länger als 14 Tagen unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit:
 - Dies gilt nicht in begründeten Ausnahmefällen bei therapeutisch indizierter Behandlungsunterbrechung in Abstimmung mit dem verordnenden Arzt (T), Krankheit (K), oder Ferien (F). Die Unterbrechungsfrist beträgt hier maximal 21 Tage und kann höchstens 2 x pro Verordnung in der Höhe unterbrochen werden.

¹ 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 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.

§ 17 Verordnung

- (1) Diagnose, Leitsymptomatik, ggf. Spezifizierung des Therapieziels, Art des Heilmittels, Anzahl und ggf. Frequenz der Leistungen ergeben sich aus der vom Vertragsarzt ausgestellten Verordnung. Die vertragsärztliche 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. § 7) berechtigt und verpflichtet.
- (2) Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
- (3) Die empfangene Maßnahme ist vom Leistungserbringer auf der Rückseite der Verordnung verständlich dar zu stellen und grundsätzlich am Tage der Leistungsabgabe vom Patienten durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig.
- (4) 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.

§ 18 Wirtschaftlichkeit

- (1) Die Wirtschaftlichkeit ist als „Zweck-Mittel-Relation“ zu verstehen. Danach ist entweder ein bestimmtes Therapieziel mit geringstmöglichem Mitteleinsatz (Therapiemaßnahmen) zu erreichen oder - insbesondere bei chronischen Erkrankungen - mit gegebenen Therapiemaßnahmen der größtmögliche Nutzen (Therapieerfolg) zu erzielen.

(2) Kriterien einer wirtschaftlichen Leistungserbringung sind insbesondere:

- Abstimmung der Ergebnisse der therapeutischen Befunderhebung mit der ärztlichen Therapiezieldefinition unter Berücksichtigung des verordneten Heilmittels
- Anwendung des verordneten Heilmittels gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. § 7)
- Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt (vgl. § 16 Abs. 5 und 6)
- Fristgerechter Behandlungsbeginn
- Regelbehandlungszeit je Therapieeinheit
- Behandlungsdauer bis zur Erreichung des Therapieziels
- Behandlungsfrequenz
- Status/Zustand und Kooperation des Patienten.

§ 19

Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Die Landesverbände oder einzelne Landesverbände der Krankenkassen können Maßnahmen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 18 Abs. 2 einleiten. Der jeweilige Berufsverband der Leistungserbringer kann solche Maßnahmen beantragen.
- (2) Der Landesverband der Krankenkasse teilt dem zugelassenen 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 einem vom Landesverband der Krankenkassen bestellten Sachverständigen innerhalb der Praxiszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren.
- (4) Der Heilmittelerbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hierzu zählen insbesondere die Angaben nach § 124 Abs. 2 SGB V, die Verlaufsdokumentation, die Qualifikationsnachweise und andere sich aus diesem Vertrag ergebende Nachweise.
- (5) Über die Prüfung ist ein Bericht zu erstellen, in dem der Gegenstand und das Ergebnis der Prüfung sowie notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Beanstandungen aufgezeigt werden.
- (6) Soweit Beanstandungen festgestellt werden, entscheidet der Landesverband der 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 § 23 vor und berechtigt den Landesverband der Krankenkassen entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.

- (8) Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen zu beachten.

§ 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 verordnungsfähigen Heilmittel sowie die im Vertrag umfassten Leistungen vereinbart.
- b) Das Vergütungssystem muss für die Vertragspartner transparent und handhabbar sein.
- c) Die ausgeführten vertraglichen Leistungen werden nach einer Vergütungsvereinbarung vergütet Anlage 3. Hierzu werden gesonderte Kündigungsfristen vereinbart. Die in den Vergütungsvereinbarungen genannten Preise sind Höchstpreise. Mit den Vergütungen sind sämtliche Kosten abgegolten.
- d) Die Vergütung sollte grundsätzlich prospektiv für einen zukünftigen Zeitraum vereinbart werden. Bei Ablauf einer Vereinbarung haben die Vertragspartner sicherzustellen, dass zeitnah Folgeverhandlungen stattfinden. Bis zu einer neuen Vereinbarung sind die bisherigen Höchstpreise der Abrechnung zugrunde zu legen.
- e) Für die erbrachten Leistungen dürfen mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten gemäß § 32 Abs. 2 SGB V weitere Zuzahlungen nicht gefordert werden.
- f) Soweit der Vertragsarzt auf der Verordnung den Indikationsschlüssel angegeben hat, ist dieser in der Abrechnung (dort in den Abrechnungsdatensätzen) der Krankenkasse zu übermitteln.

§ 21 Rechnungslegung

- (1) Für Inhalt und Form der Abrechnung gelten die Abrechnungsrichtlinien gem. § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung.
- (2) Die Rechnungen sind innerhalb von 21 Tagen nach Eingang bei der Krankenkasse zu begleichen. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung.

- (3) Beanstandungen müssen von der Krankenkasse innerhalb von 9 Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Differenzen aus vorhergehenden Abrechnungen können verrechnet werden, wobei diese mit Kopie der jeweiligen Verordnung zu belegen sind.
- (4) Widerspricht der Leistungserbringer oder eine Abrechnungsstelle einer Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von 9 Monaten, so gilt diese als anerkannt.
- (5) Zahlungen an eine durch den Leistungserbringer 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 Leistungserbringers vor.
- (6) 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.
- (7) Die Teilabrechnungen von bereits erbrachten Leistungen sind zwischen den Berufsverbänden und der jeweils zuständigen Krankenkasse abzustimmen.

§ 22 Vertragsausschuss

- (1) Zur Klärung von Meinungsverschiedenheiten und Zweifelsfragen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern wird ein Vertragsausschuss gebildet. Dieser setzt sich aus Vertretern der Landesverbände der Krankenkassen einerseits und den Vertretern des betroffenen Berufsverbandes andererseits paritätisch zusammen.
- (2) Der Vertragsausschuss ist auf Antrag eines Vertragspartners einzuberufen.
- (3) Der Vertragsausschuss, der nur bei Anwesenheit von mindestens je drei Mitgliedern jeder Vertragspartei beschlussfähig ist, fasst seine Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit. An der Abstimmung darf sich immer nur die gleiche Anzahl von Vertretern der Vertragsparteien beteiligen. Bei Stimmengleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.
- (4) Beschlüsse des Vertragsausschusses zur Auslegung dieses Vertrages sind den Vertragspartnern zuzustellen. Sie werden Bestandteil dieses Vertrages oder seiner Anlagen, wenn alle Vertragspartner ihre schriftliche Zustimmung erteilen.

- (5) 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.

§ 23

Vertragserfüllung/Vertragsverstöße/Regressverfahren

- (1) Bei begründetem Verdacht, dass ein Heilmittel-Erbringer die ihm aus diesem Vertrag obliegenden Pflichten nicht vereinbarungsgemäß erfüllt, kann der betreffende Landesverband bzw. die Krankenkasse oder ein bestellter Sachverständiger, gemeinsam mit Vertretern der Berufsverbände während der Öffnungszeiten die Praxis auch unangemeldet besichtigen.
- (2) Erfüllt ein Heilmittelerbringer die ihm obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann ihn der betroffene Landesverband der Krankenkassen schriftlich warnen; die Krankenkasse setzt eine Frist für die Beseitigung des Vertragsverstosses durch den Heilmittelerbringer fest.
- (3) 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,- EURO festsetzen. Schwerwiegende Vertragsverstöße rechtfertigen auch den Widerruf der Zulassung. Unabhängig davon ist der Schaden zu ersetzen.
- (4) Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:
- Nichterfüllung von organisatorischen und/oder sächlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen (vgl. §§ 10 bis 12)
 - Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
 - wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz (vgl. § 6)
 - nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen
 - Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt.

§ 24

Inkrafttreten/Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2006 in Kraft und löst den Rahmenvertrag vom 15.04.1995 ab. Der Vertrag kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende des Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2007, gekündigt werden. Der Vertrag bleibt bis zum Abschluss eines neuen Vertrages gültig.

- (2) Die Anlage 3 (Vergütungsvereinbarung) zu diesem Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres, frühestens zum 31.03.2007, durch eingeschriebenen Brief an alle Vertragspartner gekündigt werden. Das Preisverzeichnis bleibt bis zum Abschluss eines neuen Verzeichnisses gültig.
- (3) Bei Änderungen der Heilmittel-Richtlinien werden sich die Vertragspartner umgehend auf die erforderlichen Anpassungen verständigen.
- (4) Die Kündigung nur eines Landesverbandes berührt nicht die Gültigkeit des Vertrages gegenüber den übrigen Vertragsbeteiligten.

§ 26 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: Anerkenniserklärung

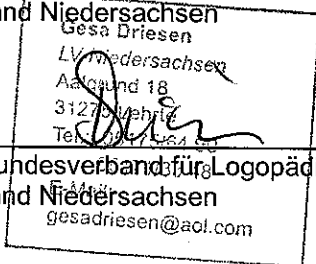
Anlage 2: Leistungsbeschreibung Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Anlage 3: Vergütungsvereinbarung

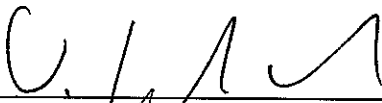
Hannover, Hamburg, Lehrte, Moers, den



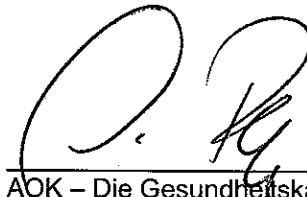
Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und
Stimmlehrer/-innen
Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V.
Landesverband Niedersachsen



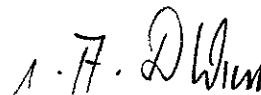
Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V.
Landesverband Niedersachsen



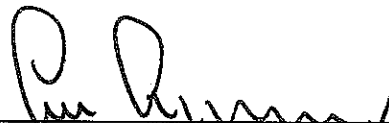
Deutscher Bundesverband der akademischen
Sprachtherapeuten e. V.
Landesverband Niedersachsen



AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen



BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen



IKK-Landesverband Niedersachsen



Deutsche Gesellschaft
für Sprachheilpädagogik e.V.

Landesgruppe Niedersachsen
e.V. Landesgruppe Niedersachsen

A stylized handwritten signature in black ink, positioned above a horizontal line.

LKK Niedersachsen-Bremen

A stylized handwritten signature in black ink, positioned above a horizontal line.

Knappschaft, Verwaltungsstelle Hannover