

## Vertrag gemäß § 125 SGB V

Zwischen

dem Deutschen Bundesverband für Logopädie e. V., vertreten durch den Landesverband  
Nordrhein-Westfalen, und

dem Deutschen Bundesverband der Sprachheilpädagogen

- nachstehend Berufsverband genannt -

einerseits

und

der AOK Rheinland - Die Gesundheitskasse,

dem BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen,

der IKK Nordrhein,

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Nordrhein-Westfalen,

der Krankenkasse für den Gartenbau, vertreten durch die  
Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein-Westfalen,

der Bundesknappschaft,

- nachstehend Landesverbände genannt -

andererseits

wird folgender Vertrag gemäß § 125 SGB V geschlossen:

## **§ 1**

### **Vertragsgegenstand und Geltungsbereich**

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Erbringung und Vergütung 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 Berufsverbandes, die zugelassen sind (§ 5),
  - c) für Behandler, die nicht Mitglied des Berufsverbandes sind, wenn sie 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 ordnungsfähig 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
  - 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 entgegenzuwirken oder
  - 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 auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung erbracht. Die Abgabe der Leistungen bedarf nicht der vorherigen Zustimmung der zuständigen Krankenkasse, es sei denn, dass sie dem Berufsverband etwas anderes mitteilt.
- (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.
- (3) Die Ausführung vertragsärztlich 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 verordnete Maßnahmen der 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 Arztpraxen und deren Zugängen ist unzulässig.
- b) Eine Zusammenarbeit zwischen den Heilmittelerbringern und Ärzten, die dazu führt, dass die freie Wahl des Versicherten unter den Heilmittelerbringern beeinflusst wird, ist nicht gestattet.

## **§ 7 Datenschutz**

- (1) Personenbezogene Daten darf der Heilmittelerbringer nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erheben, verarbeiten, bekanntgeben, zugänglich machen oder sonst nutzen.
- (2) 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, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung 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 und diese in geeigneter Weise sicherzustellen.
- (3) Die §§ 35, 37 SGB I, § 284 SGB V sowie die §§ 67 bis 85 SGB X sind zu beachten.

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

- (1) Der Inhalt der einzelnen Heilmittel sowie deren Regelbehandlungszeit ist in der Leistungsbeschreibung festgelegt (Anlage 1).
- (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.
- (3) 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.

**- 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 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) 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.
- (4) Der Heilmittelerbringer haftet – auch für die Tätigkeit sämtlicher Mitarbeiter - gegenüber den Versicherten und den Krankenkassen nach den Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (§ 61 SGB XI).

- (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.
- (7) 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, 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 Berufsverbandes oder eines zuständigen Landesverbandes der Krankenkassen zu erbringen.

## **§ 13 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/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.
- (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.

**- 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
  - 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) zu beteiligen.
- (4) Der Heilmittelerbringer hat für jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdokumentation gemäß Ziffer 8. der Leistungsbeschreibung zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben.

**- 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 Verordnung sowie des Befindens und der Zufriedenheit des Versicherten.

## **§ 16 Aufbewahrungsfrist**

Die Verlaufsdocumentation 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 -**

## **§ 17 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 Arzt, 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 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 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 Ordnungsblatt zu begründen und zu dokumentieren.<sup>1</sup>

---

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

- 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 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.<sup>1</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 ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.<sup>1</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, 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. Dies gilt nicht in begründeten Ausnahmefällen (vgl. Protokollnotiz).

(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.

---

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

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

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

### **§ 18 Verordnung**

- (1) Diagnose, Leitsymptomatik, ggf. Spezifizierung des Therapieziels, Art, 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. § 8) 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 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 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 (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.

## **§ 20 Wirtschaftlichkeitsprüfung**

- (1) Der Landesverband der Krankenkassen kann Maßnahmen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 19 Abs. 2 einleiten. Die Verbände der Heilmittelerbringer können 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 Verlaufsdocumentation, die Qualifikationsnachweise und andere sich aus diesen Empfehlungen 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 § 24 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.

### **- Vergütung -**

## **§ 21 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. 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. Der Zuzahlungsbetrag ist vom Heilmittelerbringer einzuziehen; Zuzahlungen dürfen nur für erbrachte Leistungen eingezogen werden.

## **§ 22**

### **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. 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 14 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 Berufsverband und der jeweils zuständigen Krankenkasse abzustimmen.
- (5) Beanstandungen müssen von der Krankenkasse innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden.
- (6) Forderungen aus Vertragsleistungen können nach Ablauf eines Jahres, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie abgeschlossen worden sind, nicht mehr erhoben werden.

- (7) 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.

### **§ 23 Vertragsausschuss**

- (1) Zur Klärung von Meinungsverschiedenheiten und Zweifelsfragen zwischen den Krankenkassen und den Heilmittelerbringern wird 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.

### **§ 24 Vertragsverstöße/Regressverfahren**

- (1) Erfüllt ein Heilmittelerbringer die ihm obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann ihn der betroffene Landesverband der Krankenkassen schriftlich verwarnen; die Krankenkasse kann eine Frist für die Beseitigung des Vertragsverstößes durch den Heilmittelerbringer festsetzen.
- (2) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann der betroffene Landesverband der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Vertragsausschuss (§ 23) 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.
- (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.

**§ 25  
Inkrafttreten/Kündigung**

- (1) Die Vereinbarung kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2004 schriftlich gekündigt werden. Sie kann von dem jedem Berufsverband gegenüber jedem Landesverband sowie von jedem Landesverband gegenüber jedem Berufsverband gekündigt werden. Die Kündigung durch einen Vertragspartner lässt die Wirksamkeit dieses Vertrages für die übrigen Vertragspartner unberührt.
- (2) Bei Änderungen der Heilmittel-Richtlinien werden sich die Vertragspartner umgehend auf die erforderlichen Anpassungen verständigen.

**§ 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.

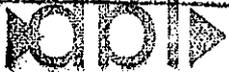
Anlage 1: Leistungsbeschreibung Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie  
Anlage 2: Höchstpreisvereinbarung

Bergisch Gladbach, Bochum, Bornheim, Düsseldorf, Essen, den 14.03.2002

Deutscher Bundesverband  
für Logopädie e. V.

Landesverband Nordrhein-Westfalen

LV NRW / Rheinland  
Königsstr. 135  
50667 Bornheim  
Telefon: 02222/64455  
Telefax: 02222/64408



Deutscher  
Bundesverband für  
Logopädie e.V.

Deutscher Bundesverband  
der Sprachheilpädagogen



Deutscher Bundesverband  
der Sprachheilpädagogen  
Bundesgeschäftsstelle

Goethestraße 16 - 47441 Moers  
Telefon 02841 - 98 89 19 • Fax 02841 - 98 89 14

AOK Rheinland  
Die Gesundheitskasse

  
Jürgen Stier

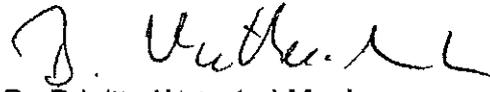
Stv. Vorsitzender des Vorstandes



BKK Landesverband  
Nordrhein-Westfalen

Hoffmann  
Vorstandsvorsitzender

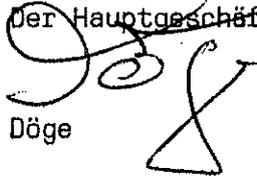
IKK Nordrhein



Dr. Brigitte Wutschel-Monka  
Vorstandsvorsitzende

Landwirtschaftliche  
Krankenkasse Nordrhein-Westfalen

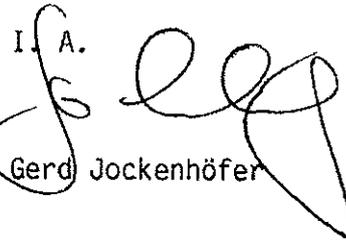
Der Hauptgeschäftsführer



Döge

Bundesknappschaft

Die Geschäftsführung

I. A.  


Gerd Jockenhöfer

## Protokollnotiz zu § 17 Abs. 5 d

### **Unterbrechung im Rahmen der Hellmittelerbringung**

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.