

**Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V**

zwischen

dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen  
(GKV-Spitzenverband, K.d.Ö.R.)  
Berlin

und

dem Deutschen Bundesverband der  
Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen,  
Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba), Hamburg;  
dem Deutschen Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl), Frechen;  
dem Deutschen Bundesverband für  
akademische Sprachtherapie und Logopädie e. V. (dbs), Moers;  
LOGO Deutschland e. V., Berlin

**über  
die Versorgung mit Leistungen  
der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie  
und deren Vergütung  
vom 14.12.2020**

## Inhaltsverzeichnis

<b>Begriffsbestimmungen</b> .....	<b>3</b>
<b>Präambel</b> .....	<b>5</b>
<b>§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages</b> .....	<b>5</b>
<b>§ 2 Leistungsgrundlagen</b> .....	<b>6</b>
<b>§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung</b> .....	<b>6</b>
<b>§ 4 Hausbesuche</b> .....	<b>10</b>
<b>§ 5 Bestätigung der Leistung</b> .....	<b>10</b>
<b>§ 6 Beginn der Behandlung</b> .....	<b>11</b>
<b>§ 7 Durchführung und Beendigung der Behandlung</b> .....	<b>12</b>
<b>§ 8 Gesetzliche Zuzahlung</b> .....	<b>13</b>
<b>§ 9 Wahl des Leistungserbringers</b> .....	<b>14</b>
<b>§ 10 Datenschutz, Schweigepflicht</b> .....	<b>15</b>
<b>§ 11 Zulassung</b> .....	<b>15</b>
<b>§ 12 Organisatorische Anforderungen an eine Heilmittelpraxis</b> .....	<b>17</b>
<b>§ 13 Barrierefreiheit</b> .....	<b>18</b>
<b>§ 14 Maßnahmen der Qualitätssicherung</b> .....	<b>18</b>
<b>§ 15 Wirtschaftlichkeit</b> .....	<b>19</b>
<b>§ 16 Vergütung</b> .....	<b>20</b>
<b>§ 16a Transparenz</b> .....	<b>20</b>
<b>§ 17 Verwendung des Institutionskennzeichens</b> .....	<b>21</b>
<b>§ 18 Abrechnungsregelungen</b> .....	<b>22</b>
<b>§ 19 Maßnahmen bei Vertragsverstößen</b> .....	<b>26</b>
<b>§ 20 Regelungen zu IT-gestützten Verfahren</b> .....	<b>27</b>
<b>§ 21 Inkrafttreten und Beendigung des Vertrages</b> .....	<b>27</b>
<b>§ 22 Vertragsauslegung</b> .....	<b>28</b>
<b>§ 23 Schlussbestimmungen</b> .....	<b>28</b>

## Begriffsbestimmungen

Ärztin oder Arzt	Alle an der vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung teilnehmenden (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte einschließlich angestellter Ärztinnen und Ärzte sowie Ärztinnen und Ärzte, die im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V Heilmittel verordnen.
Behandlung	Die Behandlung umfasst die diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen in unmittelbarer Interaktion mit der oder dem <b>Versicherten</b> .
Diagnostik	In der Leistungsbeschreibung vereinbarte Diagnostikleistungen.
<b>Fachliche Leitung</b>	Die Person(en), die von dem zugelassenen Leistungserbringer mit der fachlichen Leitung der Praxis beauftragt ist/sind und der Arbeitsgemeinschaft nach § 124 SGB V (ARGE) benannt ist/sind. Sie kann/können mit dem zugelassenen Leistungserbringer identisch sein.
Heilmittel-Richtlinien	Heilmittel-Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HeilM-RL) gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V und die Heilmittel-Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung (HeilM-RL ZÄ) in ihrer jeweils gültigen Fassung.
<b>Initialen</b>	Ist eine mindestens 2-stellige <b>Buchstabenkombination</b> , die einem Leistungserbringer eindeutig zugeordnet ist.
Leistungserbringer	Jede Therapeutin und jeder Therapeut, welche oder welcher aufgrund ihrer oder seiner der ARGE gegenüber nachgewiesenen berufsrechtlichen Qualifikation berechtigt ist, Heilmittel für den zugelassenen Leistungserbringer an gesetzlich Krankenversicherte abzugeben. Er kann mit dem zugelassenen Leistungserbringer oder der fachlichen Leitung identisch sein.
<b>Regelbehandlungszeit</b>	Die Regelbehandlungszeit beinhaltet die Zeit einer Behandlung in unmittelbarer Interaktion mit der oder dem <b>Versicherten</b> .
Regelleistungszeit	Die Regelleistungszeit beinhaltet neben der Regelbehandlungszeit die notwendigen Zeiten für die Vor-, Nachbereitung und Dokumentation jeder Behandlung mit der oder dem Versicherten.

**Kommentiert [DR1]:** Hier fehlt so etwas wie „und in Ausnahmefällen mit Bezugs-/Betreuungspersonen“. Es entsteht so wieder eine Grauzone, wenn es erforderlich ist, in ABWESENHEIT der Patient\*innen ein Gespräch zu führen: In der Kindertherapie aus pädagogischer Sicht gelegentlich ein Muss.

**Kommentiert [DR2]:** Der Begriff „Fachliche Leitung“ ist inhaltlich mit dieser Formulierung gar nicht definiert und damit überflüssig (hier sind lediglich PERSONEN beschrieben, nämlich die Fachliche Leiterin/der Fachliche Leiter). **Widerspruch zu Regelung in § 3 (2), da dort die Benennung einer FL gegenüber den Zulassungsstellen für den "Normalfall", nämlich die Logopädin, die eine Praxis eröffnet, auf unser Drängen nicht vorgesehen wurde.**

**Kommentiert [DR3]:** – Die Praxisinhabenden melden (u.a.) die Kürzel der Mitarbeitenden einmal im Jahr bei der ARGE.  
– Auf der Rückseite der Verordnung gibt die/der Therapeut/in seine Initialen mit an.

**Soll u.a. sicherstellen, dass Therapeut/innen mit Teilzulassung ausschließlich in dem Bereich arbeiten, für den sie zugelassen sind; schützt somit regelkonform arbeitende Praxisinhabende**

**Kommentiert [DR4]:** Siehe Kommentar zu Behandlung.

Therapie	Die Therapie umfasst nur die therapeutischen Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie in unmittelbarer Interaktion mit der oder dem Versicherten. Diese werden in Einzel-Therapie in Abhängigkeit von der vorliegenden Verordnung als 30-, 45- oder 60-minütige Einheit mit der oder dem Versicherten durchgeführt. Ferner ist eine Verordnung als Gruppen-Therapie als 45- oder 90-minütige Therapieeinheit möglich.
Verordnung	Von einer Ärztin oder einem Arzt gemäß der Heilmittel-Richtlinien ausgefüllter und unterschriebener Vordruck gemäß der Verträge nach § 87 Absatz 1 SGB V.
Versicherte oder Versicherter	Anspruchsberechtigte Versicherte der von diesem Vertrag erfassten gesetzlichen Krankenkassen sowie von diesen Krankenkassen nach § 264 SGB V betreute Personen.
Zugelassene(r) Leistungserbringer	Die natürliche oder juristische Person oder eine rechtsfähige bzw. nicht-rechtsfähige Personenvereinigung, an die die Zulassung gebunden ist und welche die Heilmittel abgibt – entweder durch unmittelbares Erbringen oder mittelbar durch andere Leistungserbringer. Ferner sind von dem Begriff „zugelassene Leistungserbringer“ die Einrichtungen nach § 124 Absatz 5 SGB V umfasst, soweit sich aus diesem Vertrag nichts anderes ergibt.

Kommentiert [DR5]: Siehe Kommentar zu Behandlung

## Präambel

Der GKV-Spitzenverband und die maßgeblichen Heilmittelverbände im Heilmittelbereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie schließen diesen Vertrag über die Einzelheiten der Versorgung mit dem Ziel, eine bundesweit einheitliche, qualitativ hochwertige, gerechte, flächendeckende und für alle Vertragspartner wirtschaftliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.

Die Vertragspartner haben die vertraglichen Regelungen auf eine einerseits einfache und bürokratiearme sowie andererseits rechtssichere und -konforme Umsetzung ausgerichtet. Gleichzeitig haben sie das Ziel verfolgt ein hohes Niveau der Diagnostik und Therapie nach aktuellem wissenschaftlichen Erkenntnisstand sicherzustellen.

## § 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Der Vertrag regelt die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 125 Absatz 1 und Absatz 2 SGB V mit Leistungen zur Diagnostik und Therapie bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen gemäß § 32 Absatz 1 SGB V.
- (2) Die Einzelheiten richten sich nach diesem Vertrag und den Anlagen 1– 6:
  - a) Leistungsbeschreibung (Anlage 1)
  - b) Vergütungsvereinbarung (Anlage 2)
  - c) Notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung und einheitliche Regelungen zur Abrechnung (Anlage 3a und 3b)
  - d) Fortbildung (Anlage 4)
  - e) Zulassungsvoraussetzungen (Anlage 5)
  - f) Anerkenniserklärung (Anlage 6)

Die Anlagen in der jeweils geltenden Fassung sind unabdingbarer Bestandteil dieses Vertrages.

- (3) Der Vertrag gilt für die gemäß § 124 Absatz 1 in Verbindung mit 2 SGB V zugelassenen Leistungserbringer, soweit sie diesen Vertrag anerkannt haben. **Zugelassene Leistungserbringer, die ihre Zulassung vor dem Inkrafttreten dieses Vertrages erteilt bekommen haben, haben diesen Vertrag gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft gemäß § 124 Absatz 2 SGB V innerhalb von 6 Monaten ab Inkrafttreten des Vertrages schriftlich anzuerkennen. Zur Wahrung der Schriftform ist die Übermittlung z. B. per Fax oder E-Mail ausreichend. Mit der Anerkennung dieses Vertrages gilt die bereits erteilte Zulassung unverändert fort.**

**Kommentiert [DR6]: Übergangsregelungen fehlen:**  
BIS WANN können Forderungen für Leistungen, die vor dem 31.12. erbracht wurden, geltend gemacht werden? Alte Verträge haben **z.T. vierjährige Verjährungsfristen**, die neuen Fristen belaufen sich **auf 9 Monate nach Beendigung der VO.**

- (4) Für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen gilt dieser Vertrag nach Maßgabe von § 124 Absatz 5 SGB V entsprechend, ohne dass es einer Zulassung sowie einer Anerkennung dieses Vertrages bedarf.
- (5) Die Bestimmungen dieses Vertrages und der Heilmittel-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung sind durch zugelassene Leistungserbringer nach § 124 Absatz 1 in Verbindung mit 2 SGB V und Einrichtungen nach § 124 Absatz 5 SGB V zwingend zu beachten und anzuwenden.

## § 2 Leistungsgrundlagen

- (1) Leistungen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie werden auf der Grundlage einer gültigen ärztlichen Verordnung erbracht. Eine Verordnung ist gültig, wenn sie der jeweils geltenden Fassung der Heilmittel-Richtlinien entspricht. Die Anlagen 3a und 3b dieses Vertrages konkretisieren die Formerfordernisse der Heilmittel-Richtlinien und beschreiben die notwendigen Angaben auf Verordnungen. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung sind nach Maßgabe der Anlagen 3a und 3b möglich.
- (2) Die Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
- (3) Der Inhalt der einzelnen Heilmittel ist in der Leistungsbeschreibung beschrieben (Anlage 1). Die Leistungsbeschreibung berücksichtigt die Heilmittel-Richtlinien.

## § 3 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Der zugelassene Leistungserbringer gemäß § 124 Absatz 1 in Verbindung mit 2 SGB V ist berechtigt und verpflichtet, ärztlich verordnete Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sowie die damit verbundene Diagnostik entsprechend der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) zu erbringen. Der zugelassene Leistungserbringer erbringt Leistungen persönlich oder lässt Leistungen nach dieser Vereinbarung durch seine gemäß § 124 Absatz 1 Nr. 1 SGB V und der Anlage 5 fachlich zulassungsberechtigten Mitarbeitenden (Leistungs-

erbringer) durchführen. Der zugelassene Leistungserbringer trägt die Verantwortung für die Erfüllung der mit der Zulassung einhergehenden Verpflichtungen.

- (2) Ist der zugelassene Leistungserbringer eine juristische Person, eine rechtsfähige bzw. nicht-rechtsfähige Personenvereinigung oder ein Träger im Sinne des § 124 Absatz 5 SGB V, dann hat er für die fachliche Leitung der Praxis einen angestellten Leistungserbringer gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V zu benennen. Gleiches gilt für eine natürliche Person, die selbst nicht die Qualifikation gemäß Anlage 5 erfüllt. Die fachliche Leitung der Praxis muss zu jeder Zeit gewährleistet sein. Unabhängig von der Rechtsform ist die fachliche Leitung auf 2 Standorte begrenzt, dies gilt auch für zugelassene Praxisinhaber. Die Aufteilung der fachlichen Leitung einer Praxis im Job-sharing-Verfahren ist auf 2 zulassungsfähige Leistungserbringer begrenzt. Die fachliche Leitung soll dabei möglichst gleichmäßig aufgeteilt werden.
- (3) Bei Tod des zugelassenen Leistungserbringers bleibt die Zulassung für einen Zeitraum von 6 Monaten bestehen. Wird der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V innerhalb der in Satz 1 genannten Frist kein neuer Zulassungsinhaber benannt, erlischt die Zulassung. Der Tod des zugelassenen Leistungserbringers ist der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V unverzüglich anzuzeigen.
- (4) Der zugelassene Leistungserbringer kann bis zur Dauer von 6 Monaten je Kalenderjahr in seiner Praxis vertreten werden. Längere Vertretungen sind der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V möglichst eine Woche vor Beginn anzuzeigen. Hiervon unberührt ist die Möglichkeit, die Praxis ohne Vertretung bis zu 8 Wochen je Kalenderjahr zu schließen.
- (5) Leistungen dürfen ausschließlich an den in § 11 der HeilM-RL bzw. § 9 der HeilM-RL ZÄ genannten Orten und unter den dort genannten Voraussetzungen erbracht werden. Ein verordneter Hausbesuch kann auch in sozialen Einrichtungen erbracht werden, in denen sich die oder der Versicherte tagsüber üblicherweise aufhält (z. B. Tagespflege, Werkstätten für Behinderte).
- (6) Die Qualifikation der Leistungserbringer, mit Ausnahme der zugelassenen Leistungserbringer, deren Vor- und Nachnamen, deren Initialen, sowie das Geburtsdatum, die vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit in Stunden und den Ort der schwerpunktmäßigen Tätigkeit (Praxis, Hausbesuch oder Behandlung in

**Kommentiert [DR7]:** LD-Kritik: Eine Logopädin, die eine Zulassung hat, benötigt, sofern sie Mitarbeitende beschäftigt, keine Fachliche Leitung (FL) - diese übernimmt sie selbst.

Anders sieht es für Fachfremde oder für sog. Juristische Personen aus, die gar keine persönliche Zulassung beantragen können. Diese müssen eine FL benennen; also eine Therapeutin, die vom Prinzip her eine Zulassung beantragen könnte.

Die Gründe:

1. Die Praxisinhaberin trägt immer die volle Verantwortung - siehe vorheriger Absatz (1). Natürlich können Aufgaben an Mitarbeitende delegiert werden. Das entbindet aber die Zugelassene nicht von ihrer Verantwortung. Von daher braucht sie auch keine FL benennen, sie übernimmt diese ja selbst.

2. Die Begrenzung der Übernahme der FL einer selbstständigen Therapeutin auf 2 Standorte ist rechtlich u.E. nicht haltbar, da willkürlich gewählt. Es ist zudem nicht nachvollziehbar, dass an EINEM Standort beliebig viele Mitarbeitende beschäftigt werden können und es hier nur einer FL bedarf (die Praxisinhaberin), während an mehreren Standorten mit insgesamt weniger Mitarbeitenden ab dem 3. Standort eine separate FL benötigt wird.

Der Begriff „Fachliche Leitung“ ist, wie zuvor, inhaltlich nicht definiert. Wenn Selbstständige dennoch FL für ihren (z.B.) dritten Standort mit (z.B.) 1,5 Mitarbeitenden benennen müssen, hat das keinerlei Mehrwert, verursacht aber bürokratischen Aufwand: Nämlich die Überlegung, ob und wenn ja, welche Aufgaben diese FL übernehmen sollte, oder eben die Vereinbarung, dass die FL zwar FL heißt, aber nichts anderes tut als die Kolleginnen: nämlich Therapien erbringen. Zudem entstehen häufig (personelle) Mehrkosten allein dafür, dass eine Mitarbeitende FL sein soll...

**Kommentiert [DR8]:** Mit Blick auf die hohe Zahl an Einzelpraxen, und die noch in einem Frauenberuf sind 8 Wochen unzureichend: Mindestens 14 Wochen wären angemessen gewesen (Zeitraum einer Mutterschutzfrist 6 Wochen vor - und 8 Wochen nach der Geburt). Eine Abmeldung und Wiederzulassung einer Praxis bei Mutterschaft oder Krankheit, die einen Ausfall von > 8 Wochen nach sich ziehen, ist ein vermeidbarer bürokratischer Aufwand.

einer Einrichtung nach § 11 Absatz 2 der HeilM-RL bzw. § 9 Absatz 2 der HeilM-RL ZÄ (tagesstrukturierende Einrichtung)) hat der zugelassene Leistungserbringer der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V mindestens einmal im Jahr, spätestens zum Ende eines Kalenderjahres, unaufgefordert nachzuweisen. Die erste Meldung nach diesem Vertrag muss für alle Leistungserbringer spätestens zum 31.12.2021 erfolgt sein.

- (6a) Der Einsatz von Berufsfachschülerinnen und -schülern sowie Studierenden im Rahmen der praktischen Ausbildung zur Qualifizierung für einen der in der Anlage 5 genannten Abschlüsse ist unter der Voraussetzung möglich, dass
- a) der zugelassene Leistungserbringer den Nachweis erbringt, mit der jeweiligen Ausbildungsstätte einen schriftlichen Vertrag hinsichtlich der praktischen Ausbildung von Berufsfachschülerinnen und -schülern sowie Studierenden im jeweiligen Heilmittelberuf geschlossen zu haben,
  - b) die Berufsfachschülerinnen und -schüler sowie Studierenden unter Anwesenheit und Aufsicht des zugelassenen Leistungserbringers oder einer zur Ausbildung bestimmten und entsprechend fachlich qualifizierten Person tätig werden. Der zugelassene Leistungserbringer trägt hierfür die Verantwortung.
  - c) der Leistungserbringer vor Beginn der Behandlungseinheit gemeinsam mit den Berufsfachschülerinnen und -schülern sowie Studierenden eine Besprechung der Vorgehensweise der Behandlung durchführt hat,
  - d) der Leistungserbringer nach Beendigung der Behandlungseinheit durch die Berufsfachschülerin oder den Berufsfachschüler sowie Studierenden das Ergebnis bewertet hat, und ggf. erforderliche Änderungen in den Therapieplan einfließen lässt.
- (7) Der zugelassene Leistungserbringer haftet für die von seinen eingesetzten Leistungserbringern und Personen nach Absatz 6a erbrachten Leistungen in gleichem Umfang wie für seine eigenen Leistungen.
- (8) Der zugelassene Leistungserbringer darf die Behandlung einer oder eines Versicherten in begründeten Einzelfällen ablehnen oder abbrechen. Der Grund für den Behandlungsabbruch ist in der Verlaufsdokumentation zu dokumentieren. Die oder der Versicherte ist über den Behandlungsabbruch zu informieren. Der zuständigen Krankenkasse ist auf Nachfrage Auskunft zu erteilen.

**Kommentiert [DR9]:** Endlich bundesweit und klar geregelt; war bislang nur im RV Niedersachsen vorgesehen.



- (9) Es ist unzulässig, dass ein zugelassener Leistungserbringer für dieselbe Versicherte oder denselben Versicherten zur Erreichung desselben Therapieziels innerhalb derselben Diagnosegruppe der Heilmittel-Richtlinien auf Grundlage parallel ausgestellter Verordnungen Heilmittel erbringt und abrechnet.
- (10) Versicherte dürfen durch den Leistungserbringer nicht aus anderen als therapeutischen Gründen motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Ärztinnen oder Ärzten zu fordern. Gleichzeitig darf der Leistungserbringer von sich aus die Ärztin oder den Arzt in ihrer oder seiner Verordnungsweise aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen nicht beeinflussen (vgl. § 128 SGB V).
- (11) An die Versicherten dürfen ausschließlich die auf der Verordnung verordneten Leistungen abgegeben werden. Die Durchführung einer Behandlung darf nur wie in der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) bzw. in der in den Heilmittel-Richtlinien beschriebenen Form erfolgen. Nicht in Anspruch genommene Leistungen dürfen nicht und vorzeitig beendete Verordnungen dürfen nur in dem tatsächlich erbrachten Umfang abgerechnet werden.
- (12) In der Zeit, in der sich Versicherte in vollstationärer Behandlung gemäß § 39 SGB V befinden, ist eine ambulante Leistungsabgabe zu Lasten der Krankenkasse nur möglich, wenn dem Leistungserbringer die vollstationäre Behandlung der oder des Versicherten unbekannt ist bzw. war. Am Aufnahme- und Entlassungstag ist die Leistungserbringung möglich.
- (13) Der zugelassene Leistungserbringer hat für jede behandelte Versicherte und jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdokumentation gemäß der Leistungsbeschreibung (Anlage 1 Ziffer 5) zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben. Die Verlaufsdokumentation ist 3 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Der zugelassene Leistungserbringer hat eine sichere Aufbewahrung unter Einhaltung der jeweils gültigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu gewährleisten. Die gesetzliche Verpflichtung zur Führung und Aufbewahrung einer Patientenakte nach § 630f Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) bleibt unberührt.
- (14) Der zugelassene Leistungserbringer gewährleistet, dass die Versicherten der unterschiedlichen Krankenkassen nach den gleichen Grundsätzen behandelt werden.

**Kommentiert [DR10]:** Diagnosegruppe – früher Indikationsschlüsse:  
ST 1-4, SP 1-6, RE 1-2, SC

**Kommentiert [DR11]:** Für den Fall, dass ein Patient in die Praxis kommt und die Inhaberin hat keine Ahnung davon, dass er sich gerade im Krhs oder in der stationären Reha befindet.

- (15) Der zugelassene Leistungserbringer und seine Leistungserbringer haben die Vorschriften des Medizinprodukterechts, insbesondere die Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte (MP-VO) und die nationalen Anpassungs- und Durchführungsbestimmungen in den jeweils gültigen Fassungen zu beachten.
- (16) Die Bestimmungen der Hygieneverordnungen des Landes, in dem der zugelassene Leistungserbringer seinen Betriebssitz hat, sind in den jeweils gültigen Fassungen von ihm und seinen Leistungserbringern einzuhalten.

#### § 4 Hausbesuche

- (1) Der zugelassene Leistungserbringer ist **verpflichtet**, **ärztlich** verordnete Hausbesuche sicherzustellen, wenn der Wohnort der oder des Versicherten im Umkreis mit einem Radius von 10 Kilometern um die Praxis liegt. Außerhalb dieses Radius ist hierzu nur der zum Wohnort der oder des Versicherten nächstgelegene zugelassene Leistungserbringer verpflichtet. **Im Ausnahmefall** dürfen auch weiter entfernte Versicherte im Hausbesuch versorgt werden.
- (2) Der Einsatz von Leistungserbringern, für die der zugelassene Leistungserbringer in der zugelassenen Praxis keine Räume vorhält und die ausschließlich Heilmittel außerhalb der Praxis des zugelassenen Leistungserbringers erbringen, ist möglich, soweit diese organisatorisch an die Praxis des zugelassenen Leistungserbringers angebunden sind und der zugelassene Leistungserbringer in der Lage ist, deren ordnungsgemäße Aufgabenerfüllung zu überwachen. Der Einsatz von Leistungserbringern nach Satz 1 ist nur statthaft, wenn diese die **Anzahl der übrigen in der Praxis tätigen Leistungserbringer nicht übersteigt**.

**Kommentiert [DR12]:** Verpflichtet, diese nicht gänzlich auszuschließen. Die Praxis muss einen freien Platz haben.

**Kommentiert [DR13]:** Kein Antrag erforderlich. Die Formulierung hätte entfallen können.

**Kommentiert [DR14]:** ... aber nicht mehr als in der Praxis therapierende Kolleginnen. Beispiel: zwei, die Hausbesuch machen und zwei, die in der Praxis arbeiten.

#### § 5 Bestätigung der Leistung

- (1) Behandlungs**datum**, Regelbehandlungs**zeit** und die **Initialen** des Leistungserbringers sind vom Leistungserbringer **auf der Rückseite der Verordnung lesbar einzutragen** und unmittelbar nach Erbringung der Leistung von der oder dem Versicherten durch Unterschrift auf dem Ordnungsblatt zu bestätigen. Die Unterschrift der oder des Versicherten muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgt sein. Bestätigungen im Voraus oder Globalunterschriften sowie die Verwendung von Korrekturmitteln sind unzulässig.

**Kommentiert [DR15]:** Würde den Angestellten deutlich machen, dass sie Verantwortung tragen – sie bestätigen mit ihrer Unterschrift auch gegenüber der PI, dass sie vertragskonform gearbeitet haben; dito Therapeutinnen (SSST) mit Teilzulassungen

Schützt vertragskonform arbeitende Praxisinhabende

**Kommentiert [DR16]:** Das Heilmittel muss NICHT eingetragen werden. ABER: Sofern ein Wechsel zwischen Gruppe und Einzel stattfindet, ist dieser Zusatz erforderlich, um die Taxierung zu ermöglichen, die sich aus dem Heilmittel (Art, Zeit und Einzel- oder Gruppe)

- (2) Ist die oder der Versicherte aufgrund von in ihrer oder seiner Person liegenden Gründen nicht selbst in der Lage, den Empfang der Leistung mit einer eigenhändigen Unterschrift zu bestätigen, kann die Bestätigung durch eine gesetzliche Vertreterin oder einen gesetzlichen Vertreter oder durch eine Betreuungsperson mit Unterschrift auf der Rückseite des Verordnungsblattes erfolgen. Ein Hinweis, welche Person in welcher Funktion in diesen Fällen die Unterschrift geleistet hat, ist auf der Rückseite einzutragen.
- (3) Der zugelassene Leistungserbringer sowie seine Leistungserbringer können die Bestätigung nicht als Vertreterin oder Vertreter oder Betreuungsperson übernehmen.
- (4) Die Leistungen, die an Versicherte abgegeben werden, die das 7. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind von der gesetzlichen Vertreterin oder dem gesetzlichen Vertreter oder einer anderen Betreuungsperson durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen.

**Kommentiert [DR17]:** Aufwändig, unnötig und ohnehin nicht zu kontrollieren. Partner haben unterschiedliche Namen, Eltern heißen oft anders als ihre Kinder – unnötiger bürokratischer Aufwand. LD konnte sich leider nicht durchsetzen, da die anderen Verbände zugestimmt haben.

**Kommentiert [DR18]:** Definitiv KEINE EIGENunterschriften

**Kommentiert [DR19]:** Unterschrift ab dem 7. Geburtstag möglich

## § 6 Beginn der Behandlung

- (1) Mit der Behandlung darf erst begonnen werden, wenn die Zulassung nach § 124 Absatz 1 SGB V durch die zuständige Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V erteilt wurde.
- (2) Soll die Behandlung durch ein Krankenhaus, eine Rehabilitationseinrichtung oder eine ihnen vergleichbare Einrichtung nach § 124 Absatz 5 SGB V erfolgen, gilt § 3 Absatz 6 entsprechend.
- (3) Sofern die Ärztin oder der Arzt einen dringlichen Behandlungsbedarf auf der Verordnung vermerkt hat, hat der zugelassene Leistungserbringer einen Behandlungsbeginn innerhalb von 14 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung sicherzustellen. Bei verordneten Behandlungen im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V i. V. m. § 16a Absatz 3 der Heilm-RL, hat der zugelassene Leistungserbringer einen Behandlungsbeginn innerhalb von 7 Kalendertagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus oder im unmittelbaren Anschluss an die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung sicherzustellen. Anderenfalls muss mit der Behandlung innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden.

- (4) Als **Behandlungsbeginn** gilt **Diagnostik oder die erste Therapieeinheit** einer Verordnung. Diagnostik bedarf keiner gesonderten ärztlichen Verordnung gemäß Heilmittelrichtlinien.
- (5) **Kann die Heilmittelbehandlung in den genannten Zeiträumen nach Absatz 3 nicht aufgenommen werden**, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Eine nachträgliche Korrektur des dringlichen Behandlungsbedarfs ist nur innerhalb der 14-Tagesfrist möglich. Das Nähere ist in den Anlagen 3a und 3b geregelt.

**Kommentiert [DR20]:** ACHTUNG: Es gibt keinen spätesten Behandlungsbeginn mehr! Nach den genannten Fristen ist die Verordnung ungültig.

### § 7 Durchführung und Beendigung der Behandlung

- (1) Lässt sich bei der Durchführung der Behandlung erkennen, dass das Therapieziel voraussichtlich nicht erreicht werden kann oder dass die oder der Versicherte in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Behandlung reagiert, hat der zugelassene Leistungserbringer darüber unverzüglich die oder den für die Therapie verantwortliche Ärztin oder verantwortlichen Arzt zu informieren und die Behandlung zu unterbrechen.
- (2) Wird im Verlauf der Behandlung das **angestrebte Therapieziel vor der vollständigen Inanspruchnahme der verordneten Behandlungsmenge je Verordnung erreicht**, ist die Behandlung zu beenden.
- (3) Bei Verordnungen aus dem **Entlassmanagement** nach § 39 Absatz 1a SGB V i. V. m. § 16a Absatz 3 der HeilM-RL muss die Heilmittelbehandlung **innerhalb von 7 Kalendertagen nach der Entlassung (Ausstellungsdatum der Verordnung oder gesondert aufgeführtes Entlassdatum) aufgenommen werden**. Die Behandlung auf Grundlage einer Verordnung aus dem Entlassmanagement **muss innerhalb von 12 Kalendertagen nach der Entlassung beendet werden**. Nicht in Anspruch genommene Therapieeinheiten verfallen und dürfen nicht mehr durchgeführt werden. Die Verordnung verliert zudem die Gültigkeit, wenn die Behandlung **nicht innerhalb von 7 Kalendertagen aufgenommen wurde**.
- (4) Bricht der zugelassene Leistungserbringer die Behandlung z. B. wegen fehlender Behandlungsfähigkeit der oder des Versicherten ab, informiert er die Ärztin oder den Arzt hierüber. **Der Behandlungsabbruch ist auf der Rückseite der Verordnung zu dokumentieren**.

**Kommentiert [DR21]:** Das Wort „Entlassmanagement“ ist auf der Verordnung gut erkennbar

- (5) Eine Verordnung mit bis zu 10 verordneten Therapieeinheiten verliert 7 Monate nach dem Ausstellungsdatum ihre Gültigkeit, zu diesem Zeitpunkt noch nicht erbrachte Leistungen können nicht mehr erbracht und abgerechnet werden. Satz 1 gilt auch für Verordnungen mit bis zu 20 Therapieeinheiten oder nach § 7 Absatz 6 HeilM-RL bzw. § 6 Absatz 5 HeilM-RL ZÄ (langfristiger Heilmittelbedarf oder besonderer Verordnungsbedarf) unter der Maßgabe, dass die Verordnung erst nach 9 Monaten ihre Gültigkeit verliert. Die Unterbrechungskürzel FKT (Ferien/Urlaub; Krankheit; therapeutisch indizierte Unterbrechung) werden auf der Verordnung bei Unterbrechungen von über 14 Tagen verwendet. In der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie kann die Laufzeit einer Verordnung länger als in anderen Heilmittel-Bereichen sein. Im Interesse der Versicherten wurde daher berücksichtigt, dass die Behandlung z. B. ferien-, urlaubs- oder krankheitsbedingt unterbrochen werden kann oder eine Unterbrechung therapeutisch indiziert sein kann. Der Leistungserbringer hat auch in diesem Fall zu gewährleisten, dass das Therapieziel durch die Unterbrechung nicht gefährdet wird, anderenfalls ist die Behandlung abzubrechen.

## § 8 Gesetzliche Zuzahlung

- (1) Die gesetzliche Zuzahlung ist in § 32 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit § 61 Satz 3 SGB V geregelt. Sie ist höchstens auf die Kosten der erbrachten Heilmittel begrenzt und gemäß § 43c SGB V vom zugelassenen Leistungserbringer auch nur in dieser Höhe zu erheben.
- (2) Versicherte haben eine gesetzliche Zuzahlung zu leisten, wenn sie das 18. Lebensjahr vollendet haben und nicht von dieser nach § 62 SGB V befreit sind. Für die Zuzahlungspflicht in Höhe von 10 % der Heilmittelkosten ist der Zeitpunkt der Leistungserbringung ausschlaggebend. Für die Zahlung der Verordnungsblattgebühr ist der erste Behandlungstag der Verordnung maßgeblich. Zahlt die oder der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den zugelassenen Leistungserbringer nicht, hat die zuständige Krankenkasse die Zahlung einzuziehen.
- (3) Auf den Einzug der Zuzahlung darf der zugelassene Leistungserbringer nur bei entsprechender Kennzeichnung auf der Verordnung oder bei Vorlage einer gültigen Befreiungsbescheinigung der zuständigen Krankenkasse verzichten. Bei Verordnungen, die über den Jahreswechsel hinaus fortgesetzt werden, ist mit dem Jahreswechsel der Befreiungsstatus erneut zu prüfen.

### Kommentiert [DR22]: ACHTUNG: Zusätzliche Fristen zu beachten

Eine „Höchstlaufzeit für eine Verordnung“ ergab sich aus dem Angebot der Kassen, im Gegenzug die Unterbrechungsfristen nicht zu prüfen.

#### LD war damit NICHT einverstanden, denn es gibt Risiken:

1. Die Verwendung dieser Kürzel wird von der vertraglich zu beachtenden Heilmittelrichtlinie gefordert. Entsprechend ist im Nachhinein hier an dieser Stelle im Vertrag die erforderliche Nutzung der Kürzel aufgenommen worden.

2. In den Anlagen 3a und 3b ist festgelegt, dass diese seitens der Kassen nicht geprüft werden.

3. Diese Vereinbarung birgt dennoch Absetzungsrisiken: Würde sich ein Abrechnungszentrum der KK auf die Heilmittelrichtlinie berufen und einen (Teil-)Betrag einer Verordnung absetzen, weil die Kürzel nicht vermerkt worden sind, würde in einem Klageverfahren die Heilmittelrichtlinie als über dem Vertrag stehend angesehen.

4. Fehlt ein Kürzel, besteht die Gefahr, dass das rechtliche Ende der Behandlung der erste Termin ist, der vor einer >14-Tage-Unterbrechung lag. Ab dann würde die Frist zur Abrechnung beginnen, die auf 9 Monate reduziert wurde. Würde diese Abrechnungsfrist nicht eingehalten, könnte die entsprechende Verordnung unheilbar abgesetzt werden – vollständig.

LD wäre daran gelegen gewesen, rechtssicher zu agieren: – die Setzung der Kürzel lt. Heilmittelrichtlinie zu akzeptieren und eine weitere Frist, die mit einer Höchstlaufzeit entsteht, zu vermeiden. Die Höchstlaufzeit ist ärgerlich und mit Risiken behaftet.

Kommentiert [DR23]: Dies entspricht der Heilmittelrichtlinie

Kommentiert [DR24]: EINE Mahnung, kein mehrstufiges Mahnverfahren

- (4) Vom zugelassenen Leistungserbringer zu viel einbehaltene Zuzahlungen (z. B. bei Rechnungskürzungen) sind auf Anforderung der oder des Versicherten vom zugelassenen Leistungserbringer an die Versicherte oder den Versicherten zurück zu erstatten; die Erstattung ist auf der von der oder dem Versicherten vorzulegenden Originalquittung über die Zuzahlung nach § 61 Satz 3 SGB V zu vermerken.
- (5) Für die erbrachten Vertragsleistungen dürfen mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung der oder des Versicherten gemäß § 32 i. V. m. § 61 SGB V keine weiteren Zahlungen gefordert werden. Schriftlich vereinbarte private zusätzliche Leistungen bleiben hiervon unberührt. Die Vereinbarung einer Leistung zusätzlich zur verordneten Leistung darf nicht zur Bedingung einer Vertragsleistung werden.
- (6) Heilmittel werden als Sachleistung erbracht. Abrechnungen, die aufgrund der Rechnungsprüfung der Krankenkasse teilweise oder ganz beanstandet werden, dürfen den Versicherten nicht in Rechnung gestellt werden.

## § 9 Wahl des Leistungserbringers

- (1) Den Versicherten steht die Wahl unter den zugelassenen Leistungserbringern frei. Sie dürfen in dieser Wahl nicht beeinflusst werden.
- (2) Die Krankenkassen informieren die Versicherten auf Anfrage über die Kontaktdaten von zugelassenen Leistungserbringern.
- (3) Mit der Leistungspflicht der Krankenkasse/n darf nicht geworben werden.
- (4) Eine Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern und Ärztinnen oder Ärzten, die dazu führt, dass die freie Wahl der oder des Versicherten unter den zugelassenen Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht gestattet. Auf die Geltung des § 128 Absatz 5b SGB V wird hingewiesen.

### Kommentiert [DR25]:

Aufwendige und unnötige Bürokratie vor dem Hintergrund der § 32 SGB V Heilmittel

(2) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Heilmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag an die abgebende Stelle zu leisten. ...

und

### § 61 SGB V Zuzahlungen

... Bei Heilmitteln, ... beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. **Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren**; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

Gut daran: Nur „auf Anforderung der Versicherten“. Wie Originalquittungen bei Überweisungen aussehen, wissen bestimmt Steuerberater\*innen – wir fragen bei Bedarf nach.

**Politisch gesehen gehört zumindest die Inkassopflicht der Heilmittelerbringenden abgeschafft.** (§ 43b Abs. 1 SGB V: Leistungserbringer haben Zahlungen, die Versicherte zu entrichten haben, einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen.) **Wir arbeiten dran.**

**Kommentiert [DR26]: Juristisch gesehen sperrt dieser Passus aller Wahrscheinlichkeit nach Ausfallzahlungen für nicht wahrgenommene Termine.**

Der Versuch, sich Ausfallzahlungen von den Krankenkassen erstatten zu lassen, ist aus unterschiedlichen Gründen wenig erfolgversprechend. Im kommenden Jahr soll es zwar in einem Klagefall, den der vdls unterstützt, ein Sozialgerichtsurteil geben, aber: Dieser bezieht sich auf Regelungen, die es so nicht mehr geben wird, so dass das Ergebnis des Verfahrens nur begrenzten Einfluss haben wird.

## § 10 Datenschutz, Schweigepflicht

Der zugelassene Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (z. B. EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG bzw. KDG oder DSGVO-EKD) einzuhalten.

## § 11 Zulassung

- (1) Eine Zulassung nach § 124 SGB V erhält auf Antrag, wer die folgenden Anforderungen erfüllt:

Sie oder er

- a) besitzt die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis oder einen vergleichbaren akademischen Abschluss,
- b) verfügt über eine Praxisausstattung, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet, und
- c) erkennt die für die Versorgung mit Heilmitteln geltenden Verträge nach § 125 Absatz 1 SGB V und § 125a SGB V an.

Die Zulassung endet, wenn diese vom zugelassenen Leistungserbringer zurückgegeben wird, wenn eine der Anforderungen nach Satz 1 nicht mehr erfüllt ist, wenn diese zurückgenommen werden muss oder wenn diese von der zulassenden Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V widerrufen wird.

- (2) Vor der Zulassung muss nachgewiesen werden, dass die Behandlungen ausschließlich durch entsprechend qualifizierte Leistungserbringer durchgeführt werden, welche die Anforderungen nach § 124 Absatz 1 Nr. 1 SGB V in Verbindung mit Anlage 5 dieses Vertrages erfüllen, wenn der Antragsteller selbst nicht über die erforderliche Ausbildung nach Absatz 1 lit. a verfügt.
- (3) Die räumlichen Mindestanforderungen sowie die Pflichtausstattung müssen nach Maßgabe der Anlage 5 nachgewiesen werden. Bei interdisziplinären Praxen gelten darüber hinaus die Zulassungsanforderungen des jeweiligen Vertrages nach § 125 SGB V.
- (4) Änderungen in Bezug auf die tatsächlichen oder rechtlichen zulassungsbegründenden Verhältnisse sind vom zugelassenen Leistungserbringer bzw. der Ein-

richtung nach § 124 Absatz 5 SGB V unaufgefordert und wenn möglich mindestens 14 Kalendertage vor der Änderung gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V anzuzeigen. Neben den in diesem Vertrag genannten Anforderungen hat der zugelassene Leistungserbringer die in der Anlage 5 dieses Vertrages geregelten Anforderungen dauerhaft zu erfüllen.

- (5) Die Praxis muss öffentlich zugänglich, von privaten Bereichen räumlich getrennt und auf die Abgabe von therapeutischen Leistungen aus den verschiedenen Tätigkeitsfeldern im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (z. B. Prävention, Therapie, Rehabilitation) ausgerichtet sein. Die Praxis muss neben dem Behandlungsraum über einen angemessenen Wartebereich und eine Toilette mit Handwaschmöglichkeit verfügen.
- (6) Sofern während der Öffnungszeiten in der Praxis oder angrenzend an die Praxis weitere Leistungen aus den Bereichen Gesundheit, Bildung und Beratung außerhalb der in Absatz 5 genannten Tätigkeitsfelder angeboten werden, muss neben einer ungestörten Heilmittelabgabe gewährleistet sein, dass die oder der Versicherte die Leistungen erhält, ohne dafür die für diese weiteren Leistungen separat vorzuhaltenden Räume oder Bereiche betreten zu müssen.
- (7) Für die Zulassung sind die notwendigen Unterlagen wie folgt einzureichen bzw. vorzulegen:
- a) Urkunde zur Führung der Berufsbezeichnung oder die Diplom-, Magister-, Bachelor- und/oder Masterurkunden inklusive Zeugnis und Leistungsübersicht, sowie Nachweise über geleistete Praktika, wenn diese für die Prüfung der Zulassungsfähigkeit relevant sind. Bei im Ausland erworbenen Berufs- oder akademischen Abschlüssen ist die Bescheinigung über die Anerkennung der zuständigen Anerkennungsstelle zur Führung der Berufsbezeichnung vorzulegen.
  - b) Nachweis über das Eigentum bzw. das Recht an der Praxisnutzung (z. B. Bestätigung des Vermieters oder Mietvertrag), Raumskizze inkl. der Angabe der m<sup>2</sup>-Zahl und der Deckenhöhe je Raum,
  - c) Soweit es sich um Personengesellschaften oder juristische Personen handelt: Auszug aus dem Handels-/Partnerschaftsregister, ggf. vergleichbare Nachweise.

**Kommentiert [DR27]:** Verbesserung: Wartebereich und sanitäre Anlagen können **auch mit anderen** als nur aus dem Heilmittelbereich geteilt werden: z.B. mit Heilpraktiker-, Psychotherapie-, Arzt- oder Coachingpraxen, Musikschulen etc.

Das Nähere regelt die Anlage 5.



- (8) Der GKV-Spitzenverband veröffentlicht nach § 124 Absatz 2 SGB V eine Liste über die zugelassenen Leistungserbringer mit den nachfolgenden Angaben des jeweils zugelassenen Leistungserbringers:
- Heilmittelbereich
  - zugelassene Diagnosegruppen
  - Name der Praxis
  - Anschrift
  - Telefonnummer
  - E-Mail (optional)
  - Homepage (optional)
  - Rollstuhlgerechter Zugang (ja/nein)
  - Barrierefreiheit (ja/nein)
  - Angaben zu § 125a SGB V

Der zugelassene Leistungserbringer stellt sicher, dass die Angaben gemäß a) bis j) **stets aktuell** bei den zuständigen Arbeitsgemeinschaften nach § 124 Absatz 2 SGB V vorliegen.

**Kommentiert [DR28]:** Trotz aller Diskussionen war der GKV-SV nicht bereit, auf den Begriff „Barrierefreiheit“ zu verzichten. Dies würde nämlich bedeuten, dass z.B. auch ein Audioguide für Blinde und Sehbehinderte installiert ist...

**Kommentiert [DR29]:** Betr. Blankoverordnung – genauere Infos folgen

**Kommentiert [DR30]:** Bei Veränderungen Info an die AR-GEN

## § 12 Organisatorische Anforderungen an eine Heilmittelpraxis

- (1) Aus der Einbindung der zugelassenen Leistungserbringer in den Sicherstellungsauftrag der Krankenkassen gemäß § 2 Absatz 2 SGB V ergibt sich, dass eine Heilmittelpraxis maßgeblich für die Heilmittelversorgung der GKV-Versicherten zur Verfügung stehen muss. Die Maßgeblichkeit ist gegeben, wenn die **Heilmittelpraxis an mindestens 4 Tagen je Woche und für mindestens 24 Stunden je Woche für anspruchsberechtigte GKV-Versicherte zur Verfügung steht.** Dies gilt nicht bei vorübergehenden Praxisschließungen (z. B. aufgrund von Krankheit, Pflege- oder Elternzeiten). Die regional zuständige Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V ist über die vorübergehende Praxisschließung zu informieren.
- (2) Werden einem Leistungserbringer in Ausübung der beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so ist das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) zu beachten. Bestehen Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung, soll sich der Leistungserbringer bezüglich der zu ergreifenden Maßnahmen an den abgestuften Vorgehensweisen des § 4 KKG hinsichtlich Beratung und Übermittlung von Informationen orientieren.

### § 13 Barrierefreiheit

Um den Belangen von Menschen mit Behinderung Rechnung zu tragen, informieren die Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene und die Arbeitsgemeinschaften nach § 124 Absatz 2 SGB V dahingehend, dass neue Praxisräume barrierefrei zugänglich sein sollen. Unabhängig davon sind regionale baurechtliche Anforderungen zu beachten.

**Kommentiert [DR31]:** Trotz aller Diskussionen war der GKV-SV nicht bereit, auf den Begriff „Barrierefreiheit“ zu verzichten. Dies würde nämlich bedeuten, dass z.B. auch ein Audioguide für Blinde und Sehbehinderte installiert ist... Da auch der Gesetzgeber hier an einer Barrierefreiheit interessiert ist, hier als SOLL-Vorschrift abgebildet.

### § 14 Maßnahmen der Qualitätssicherung

- (1) Die Krankenkasse oder ihr Kassenartenverband sind berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten zu prüfen. Auf Wunsch des zugelassenen Leistungserbringers ist dessen Verband hinzuzuziehen.
- (2) Zur Sicherung der Qualität hat der zugelassene Leistungserbringer insbesondere Folgendes zu gewährleisten:
  - a) Kooperation und enge fachliche Zusammenarbeit zwischen zugelassenem Leistungserbringer und der Ärztin oder dem Arzt nach Maßgabe der Heilmittel-Richtlinien,
  - b) Orientierung der Behandlung an der Indikation (bestehend aus Diagnose und funktioneller/struktureller Schädigung), am Therapieziel und der Belastbarkeit der oder des Versicherten,
  - c) Durchführung der Behandlung gemäß der Leistungsbeschreibung,
  - d) Bewertung und Anpassung des Behandlungsverlaufs,
  - e) Führen einer Verlaufsdokumentation gemäß § 3 Absatz 13.
- (3) Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist einer von der jeweiligen Krankenkasse oder ihres Kassenartenverbandes bestellten sachverständigen Person nach vorheriger Ankündigung von 14 Kalendertagen innerhalb der Praxiszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren, es sei denn, dass durch die Ankündigung das Prüfziel gefährdet wird.
- (4) Der zugelassene Leistungserbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hierzu zählen insbesondere die Angaben nach § 3 Absatz 6, die Verlaufsdokumentation und andere sich aus dieser Vereinbarung ergebende Nachweise. Soweit dies zur Einhaltung datenschutzrechtlicher Anforderungen erforderlich ist, ist der zugelassene Leistungserbringer berechtigt, die Unterlagen zu schwärzen.

**Kommentiert [DR32]:** z.B. Änderung/„Anpassung“ der Doku nach Ankündigung einer Prüfung; z.B. wenn weniger Therapiezeit abgegeben wird als verordnet, oder Einzel- anstatt Gruppentherapie abgerechnet wird u.a.

- (5) Über die Prüfung ist von der bestellten sachverständigen Person ein Bericht zu erstellen, in dem der Gegenstand und das Ergebnis der Prüfung sowie notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Beanstandungen aufgezeigt werden. Der Bericht ist dem zugelassenen Leistungserbringer und der Krankenkasse oder ihrem Kassenartenverband sowie in anonymisierter Form den leistungserbringereitigen Vertragspartnern schriftlich, vorzugsweise per E-Mail, zur Verfügung zu stellen.
- (6) Soweit Beanstandungen festgestellt werden, entscheidet die jeweilige Krankenkasse oder ihr Kassenartenverband nach Anhörung des zugelassenen Leistungserbringers, welche Maßnahmen der zugelassene Leistungserbringer zur Beseitigung der Beanstandungen und innerhalb welcher Frist zu treffen hat.
- (7) Sofern die Beanstandungen nicht innerhalb der Frist nach Absatz 6 behoben wurden, liegt ein Vertragsverstoß gemäß § 19 vor, der die jeweilige Krankenkasse oder ihren Kassenartenverband dazu berechtigt, die in § 19 beschriebenen Maßnahmen zu ergreifen.
- (8) Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen zu beachten.
- (9) Jeder Leistungserbringer hat sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß der Anlage 4 fortzubilden. Der Nachweis über die absolvierten Fortbildungen ist auf Anforderung der jeweiligen Krankenkasse oder ihres Kassenartenverbandes innerhalb eines Monats zu erbringen.

**Kommentiert [DR33]: Siehe § 19 Maßnahmen bei Vertragsverstößen**

(1) Ist festgestellt worden, dass ein zugelassener Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Erfüllung dieses Vertrages gegen die ihm obliegenden gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten ("Verstoß") verstoßen hat, so sind die betroffenen Krankenkassen berechtigt,

a) bei einem noch andauernden Verstoß eine schriftliche Verwarnung auszusprechen und eine angemessene Frist zur Beseitigung des Verstoßes zu setzen,

b) wenn der Verstoß bereits behoben wurde, ohne dass es eine schriftliche Verwarnung der betroffenen Krankenkasse gegeben hatte, eine schriftliche Abmahnung auszusprechen,

c) bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen, nach dessen Anhörung, eine angemessene Vertragsstrafe zu verhängen, die bis zu 5 % des Vorjahresumsatzes mit der jeweiligen Krankenkasse betragen kann.

## § 15 Wirtschaftlichkeit

- (1) Die Leistungen sind ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Sie haben gemäß § 70 SGB V dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Es ist darauf zu achten, dass die Leistungen nur im notwendigen medizinischen Umfang durchgeführt werden. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Anspruchsberechtigte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht vergüten.

- (2) Kriterien einer wirtschaftlichen Leistungserbringung sind insbesondere:
- Abstimmung des stimm-, sprech-, sprach- und/oder schlucktherapeutischen Therapieplans mit der vertragsärztlichen Therapiezieldefinition unter Berücksichtigung des verordneten Heilmittels
  - Abgabe des verordneten Heilmittels gemäß **der Leistungsbeschreibung**
  - Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt
  - Fristgerechter Behandlungsbeginn
  - Behandlungsdauer bis zur Erreichung des Therapieziels
  - Therapiefrequenz, jeweils in Abhängigkeit von Status/Zustand und Kooperation der oder des Versicherten
  - Durchführung von Hausbesuchen
  - Fachliche und organisatorische Vor- und Nachbereitung, Verlaufsdokumentation
- (3) Die Krankenkassen und ihre Kassenartenverbände können die wirtschaftliche Erbringung der Leistung prüfen.

## § 16 Vergütung

- (1) Die Vergütung der vertraglichen Leistungen erfolgt nach Maßgabe der Anlage 2 in der jeweils geltenden Fassung.
- (2) **Der Vergütungsanspruch entsteht für die ordnungsgemäße Erfüllung der vertraglichen Leistungen**, soweit die Voraussetzungen nach **§ 2 Absatz 1** erfüllt sind.

## § 16a Transparenz

- (1) Die von einem zugelassenen Leistungserbringer **angestellten Leistungserbringer sollen an Vergütungsanhebungen in einem angemessenen Rahmen partizipieren. Die zugelassenen Leistungserbringer sollen daher vereinbarte Vergütungsanhebungen in einer angemessenen Höhe an angestellte Leistungserbringer weitergeben.**
- (2) **Die von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) auf der Grundlage des § 165 SGB VII erhobenen Daten bieten einen umfassenden Einblick in die Vergütungsentwicklung** und liefern die zur Umsetzung

**Kommentiert [DR34]:** Hier ein Hinweis: LRS-Therapie ist explizit in der Heilmittelrichtlinie ausgeschlossen! Lediglich eine AVW kann therapiert werden.

**Kommentiert [DR35]:** § 2 (1) Leistungen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie werden **auf der Grundlage einer gültigen ärztlichen Verordnung** erbracht. Eine Verordnung ist gültig, wenn sie der jeweils geltenden Fassung der Heilmittel-Richtlinien entspricht. Die **Anlagen 3a und 3b dieses Vertrages konkretisieren die Formerfordernisse der Heilmittel-Richtlinien** und beschreiben die notwendigen Angaben auf Verordnungen. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung sind nach Maßgabe der Anlagen 3a und 3b möglich

der Transparenzregelung benötigten Informationen. Die von der BGW erhobenen Zahlen geben Auskunft über die Anzahl der bei der BGW gemeldeten

- a) Praxen/Arbeitgeberinnen und -geber
- b) Arbeitnehmerinnen und -nehmer
- c) Arbeitsstunden
- d) Bruttogehälter

und bieten damit eine Grundlage für Vergütungsstrukturen für die angestellten Leistungserbringer unter Berücksichtigung der tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelte.

### **§ 17 Verwendung des Institutionskennzeichens**

- (1) Jeder zugelassene Leistungserbringer verfügt gemäß § 293 SGB V für jede Betriebsstätte/jeden Standort/jeden Heilmittelbereich über ein Institutionskennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit den Krankenkassen verwendet. Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), im Hause der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin ([www.arge-ik.de](http://www.arge-ik.de)) zu beantragen. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der SVI unverzüglich schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. Mitteilungen an die Krankenkassen, die zuständige Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt. Der zugelassene Leistungserbringer hat dafür Sorge zu tragen, dass seine bei der SVI hinterlegten Daten stets aktuell sind.
- (2) Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V bei der Zulassung mitzuteilen. Bei Abrechnungen von ambulant erbrachten Heilmitteln durch Einrichtungen nach § 124 Absatz 5 SGB V ist das eingesetzte IK vor erstmaliger Abrechnung mit der Krankenkasse dieser mitzuteilen. Abrechnungen mit den Krankenkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Krankenkassen abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Krankenkasse unbekanntem IK. Die unter dem gegenüber den Krankenkassen verwendeten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung, sind verbindlich für die Abrech-

nungsbegleichung durch die Krankenkassen. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von den Krankenkassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.

- (3) Nach Beendigung der Zulassung ist das geführte IK bei der SVI abzumelden, sofern dem keine anderweitigen Regelungen entgegenstehen. Eine Abmeldung des IK durch den zugelassenen Leistungserbringer darf erst erfolgen, wenn alle Forderungen aus Vertragsleistungen abgerechnet wurden.

## § 18 Abrechnungsregelungen

- (1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Absatz 2 SGB V einschließlich ihrer Anlagen (im Folgenden Richtlinien nach § 302 SGB V genannt – abrufbar unter [www.datenaustausch.de](http://www.datenaustausch.de)) in der jeweils aktuellen Fassung, soweit dieser Vertrag keine abweichenden Regelungen enthält.
- (2) Abrechnungen, die den Richtlinien nach § 302 SGB V und/oder diesem Vertrag nicht entsprechen, werden von den Krankenkassen abgewiesen.
- (3) Nach § 302 Absatz 1 SGB V sind die zugelassenen Leistungserbringer verpflichtet, den Krankenkassen die Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der zugelassene Leistungserbringer zu vertreten hat, werden die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen zugelassenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 % des Rechnungsbetrages in Rechnung gestellt (§ 303 Absatz 3 Satz 2 SGB V). Als nicht maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten auch im Wege elektronischer Datenübermittlung übermittelte Daten (insbesondere AC/TK, Heilmittelpositionsnummern, Preise, LANR, Indikationsschlüssel und ICD-10, Tag der Leistungserbringung), die nicht den Richtlinien oder deren Anlagen nach § 302 SGB V entsprechen.
- (4) Die Rechnungsstellung soll je zugelassenen Leistungserbringer monatlich einmal bei den von den Krankenkassen benannten Stellen (Daten- und Papierannahmestellen) als Sammelrechnung erfolgen. Als Rechnungseingang gilt der

Tag, an dem die vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenkassen benannten Stellen eingegangen sind.

- (5) Forderungen aus Vertragsleistungen können von den zugelassenen Leistungserbringern nach Ablauf von 9 Kalendermonaten, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie abgeschlossen worden sind, nicht mehr erhoben werden. Dies gilt auch für Forderungen von gesetzlichen Zuzahlungen nach § 43c SGB V. Maßgeblich ist das Datum des Rechnungseingangs. Für verspätet eingehende Rechnungen besteht kein Vergütungsanspruch.
- (6) Der zugelassene Leistungserbringer trägt die folgenden Angaben auf dem jeweiligen Verordnungsblatt auf:
- IK des Leistungserbringers (§ 17) gemäß Anlagen 3a und 3b
  - Rechnungs- und Belegnummer
- (7) In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte 7-stellige Schlüssel „Leistungserbringergruppe“ anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die von der Vergütungsliste umfassten Leistungen abgerechnet werden. Bei der Abrechnung sind ausschließlich die in der Vergütungsliste aufgeführten 5-stelligen Heilmittelpositionsnummern zu verwenden.
- (8) Der in der Verordnung angegebene Indikationsschlüssel ist in der Abrechnung (im vorgesehenen Datenfeld) zu übermitteln.
- (9) Sofern sich aus der Verordnung Besonderheiten ergeben, ist das entsprechende Kennzeichen "Verordnungsbesonderheiten" gemäß den Richtlinien nach § 302 SGB V (z. B. Entlassmanagement) im Rahmen des Datenträgeraustausches im Datensatz anzuliefern.
- (10) Alle Zahlungen erfolgen unter Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Beanstandungen müssen von den Krankenkassen gegenüber den rechnungsstellenden Stellen innerhalb der Frist von 9 Kalendermonaten nach Rechnungseingang geltend gemacht werden. Für unerlaubte Handlungen (z. B. Abrechnung nicht erbrachter Leistungen) gilt abweichend die Frist nach § 45 SGB I. Rückforderungen können auch ohne Einverständnis des zugelassenen Leistungserbringers mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden. Dies gilt auch bei einer Abrechnung über eine leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle. Originalverordnungen verbleiben bei der Krankenkasse.

**Kommentiert [DR36]:** Daten UND Papier! Wer nicht selbst, sondern über einen Dienstleister abrechnet, muss zusätzliche Zeit einkalkulieren!

**Kommentiert [DR37]: ACHTUNG: Kurze Fristen und für jede einzelne Verordnung anders!**  
Noch sind keine Übergangsfristen zur Abrechnung vereinbart!  
LD hatte sich für „den 31.12. des darauffolgenden Kalenderjahres“ stark gemacht, konnte sich hier aber nicht durchsetzen. nach dem letzten Termin zur Abrechnung,

**Kommentiert [DR38]:** WICHTIG! Gemeint ist: Rechnungseingang bei der Krankenkasse!!!! (Siehe (4))

**Kommentiert [DR39]: 9 Monate Zeit, die gleiche Frist wie zur Abrechnung.** Trost: Überraschungen in Form von Absetzungen nach mehreren Jahren wird es so nicht mehr geben.

**Kommentiert [DR40]:** Der Versuch, dies nur MIT Einverständnis zu machen, ist gescheitert – das sei zuviel bürokratischer Aufwand.

- (11) Die Frist nach Absatz 10 Satz 1 gilt nicht bei Vertragsverstößen, die einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch hervorrufen, bei einem Fehlverhalten i. S. des § 197a SGB V und bei unerlaubten Handlungen. Hier gelten die gesetzlichen Verjährungsfristen. Das Recht zur Aufrechnung von Forderungen bleibt unberührt. Widerspricht der zugelassene Leistungserbringer oder eine leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle einer Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von 3 Kalendermonaten nach Bekanntgabe der Beanstandung, so gilt diese als anerkannt. Dasselbe gilt für Korrekturen i. S. der Anlagen 3a und 3b. Solche Einsprüche sind in Textform unter Beifügung der vollständigen rechnungsbegründenden Unterlagen an die unter Absatz 4 genannten Stellen zu richten.
- (12) Sofern bei einer Praxisübernahme oder bei einem Wechsel des zugelassenen Leistungserbringers durch die Versicherte oder den Versicherten Leistungen von zwei verschiedenen Praxen in Anspruch genommen wurden, ist die 2. Abrechnung mittels einer Verordnungskopie möglich. Die Abrechnungsstelle der jeweils zuständigen Krankenkasse ist hierüber im Vorfeld durch den zugelassenen Leistungserbringer zu informieren. Dies ist auf den beiden Verordnungen (Original und Kopie) entsprechend zu dokumentieren. Die Leistungsbestätigung muss auf der jeweils zur Abrechnung eingereichten Unterlage erfolgt sein. Bereits abgerechnete Leistungen sind auf der Verordnungskopie durch einen Vermerk kenntlich zu machen und können nicht erneut nach Beendigung der Behandlungsserie in Rechnung gestellt werden. Darüber hinaus sind Teilabrechnungen nicht möglich.
- (13) Die Bezahlung der Rechnungen ist 21 Kalendertage nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenkassen benannten Stellen fällig. Als Zahltag gilt der Tag der Übergabe der Überweisung an die Bank. Fällt das Fristende auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, so tritt die Fälligkeit erst am nächstfolgenden Arbeitstag ein. Es gilt § 288 BGB.
- (14) Überträgt ein zugelassener Leistungserbringer die Abrechnung einer leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle oder wechselt er diese, so hat der zugelassene Leistungserbringer die Krankenkasse oder, sofern die Krankenkasse eine Abrechnungsstelle beauftragt hat, die krankenkassenseitige Abrechnungsstelle, unverzüglich schriftlich oder in Textform hierüber zu informieren. Der Krankenkasse oder der von ihr beauftragten krankenkassenseitigen Abrechnungsstelle ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name

**Kommentiert [DR41]: ACHTUNG: SEHR KURZE FRIST!**

**Kommentiert [DR42]:** 3 Monate Zeit: Gilt auch für Korrekturen, die nach diesen Anlagen nachträglich vorgenommen werden dürfen.

**Kommentiert [DR43]:** Ziel war Zahlung nach 14 Tagen, Kassen wollten vier Wochen

**Kommentiert [DR44]:** Hier ist endlich klar geregelt, dass auch Krankenkassen in Verzug geraten, wenn sie nicht zahlen oder unberechtigt absetzen, und Praxisinhabende Anspruch auf diese Gebühr haben.

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

#### § 288 Verzugszinsen und sonstiger Verzugsschaden

- (1) Eine Geldschuld ist während des Verzugs zu verzinsen. Der Verzugszinssatz beträgt für das Jahr fünf Prozentpunkte über dem Basiszinssatz.
- (2) Bei Rechtsgeschäften, an denen ein Verbraucher nicht beteiligt ist, beträgt der Zinssatz für Entgeltforderungen neun Prozentpunkte über dem Basiszinssatz.
- (3) Der Gläubiger kann aus einem anderen Rechtsgrund höhere Zinsen verlangen.
- (4) Die Geltendmachung eines weiteren Schadens ist nicht ausgeschlossen.
- (5) **Der Gläubiger einer Entgeltforderung hat bei Verzug des Schuldners, wenn dieser kein Verbraucher ist, außerdem einen Anspruch auf Zahlung einer Pauschale in Höhe von 40 Euro.** Dies gilt auch, wenn es sich bei der Entgeltforderung um eine Abschlagszahlung oder sonstige Ratenzahlung handelt. Die Pauschale nach Satz 1 ist auf einen geschuldeten Schadensersatz anzurechnen, soweit der Schaden in Kosten der Rechtsverfolgung begründet ist.



der beauftragten leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle und das IK, unter dem die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle die Rechnungsstellung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht, mitzuteilen. Die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle liefert die Abrechnung ausschließlich im Wege der maschinell verwertbaren Datenübermittlung nach den Absätzen 3 und 4. Abrechnungsstellen gelten als Erfüllungsgehilfen ihrer Auftraggeber nach § 278 BGB. Die Krankenkassen und der zugelassene Leistungserbringer sind für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch ihre jeweiligen Abrechnungsstellen verantwortlich.

- (15) Hat der zugelassene Leistungserbringer der leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle für die jeweilige Krankenkasse mit schuldbefreiender Wirkung. Ansprüche durch den zugelassenen Leistungserbringer nach § 288 BGB gegenüber der Krankenkasse sind in diesen Fällen ausgeschlossen. Forderungen der Krankenkasse gegen den zugelassenen Leistungserbringer können auch gegenüber der leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle aufgerechnet werden.
- (15a) Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der Krankenkasse zur Kenntnis zu bringen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der Krankenkasse an das Abrechnungszentrum entfällt umgehend nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.
- (16) Verordnungen für Versicherte, die Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt haben (zu erkennen ist dies gemäß § 25a BMV-Ä durch den Vermerk „Kostenerstattung“ im Feld „Name der Krankenkasse“), können vom zugelassenen Leistungserbringer nicht mit der Krankenkasse abgerechnet werden. Die Rechnungsstellung des Leistungserbringers erfolgt direkt an die Versicherte oder den Versicherten.
- (17) Der zugelassene Leistungserbringer muss bei Vorlage einer Verordnung prüfen, dass die Daten der Krankenversicherung eingetragen sind. Stellt sich später heraus, dass die oder der Versicherte zum Zeitpunkt der Behandlung nicht bei der angegebenen Krankenkasse versichert ist, bleibt die auf der Verordnung angegebene Krankenkasse trotzdem für die Abrechnung der Leistung zuständig. Die tagesaktuelle Zuordnung der Heilmittelkosten und der entsprechende Zahlungsgleich erfolgt im Innenverhältnis der Krankenkassen.

**Kommentiert [DR45]: Wird über ein Abrechnungszentrum abgerechnet, besteht dieser Anspruch nicht!**

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

**§ 288 Verzugszinsen und sonstiger Verzugschaden**

- (1) Eine Geldschuld ist während des Verzugs zu verzinsen. Der Verzugszinssatz beträgt für das Jahr fünf Prozentpunkte über dem Basiszinssatz.
- (2) Bei Rechtsgeschäften, an denen ein Verbraucher nicht beteiligt ist, beträgt der Zinssatz für Entgeltforderungen neun Prozentpunkte über dem Basiszinssatz.
- (3) Der Gläubiger kann aus einem anderen Rechtsgrund höhere Zinsen verlangen.
- (4) Die Geltendmachung eines weiteren Schadens ist nicht ausgeschlossen.
- (5) **Der Gläubiger einer Entgeltforderung hat bei Verzug des Schuldners, wenn dieser kein Verbraucher ist, außerdem einen Anspruch auf Zahlung einer Pauschale in Höhe von 40 Euro.** Dies gilt auch, wenn es sich bei der Entgeltforderung um eine Abschlagszahlung oder sonstige Ratenzahlung handelt. Die Pauschale nach Satz 1 ist auf einen geschuldeten Schadensersatz anzurechnen, soweit der Schaden in Kosten der Rechtsverfolgung begründet ist.

## § 19 Maßnahmen bei Vertragsverstößen

- (1) Ist festgestellt worden, dass ein zugelassener Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Erfüllung dieses Vertrages gegen die ihm obliegenden gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten ("Verstoß") verstoßen hat, so sind die betroffenen Krankenkassen berechtigt,
- a) bei einem noch andauernden Verstoß eine schriftliche Verwarnung auszusprechen und eine angemessene Frist zur Beseitigung des Verstoßes zu setzen,
  - b) wenn der Verstoß bereits behoben wurde, ohne dass es eine schriftliche Verwarnung der betroffenen Krankenkasse gegeben hatte, eine schriftliche Abmahnung auszusprechen,
  - c) bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen, nach dessen Anhörung, eine angemessene Vertragsstrafe zu verhängen, die bis zu 5 % des Vorjahresumsatzes mit der jeweiligen Krankenkasse betragen kann.
- Die Entscheidungsbefugnisse der Arbeitsgemeinschaften nach § 124 Absatz 2 SGB V hinsichtlich der Zulassung bleiben unberührt.
- (2) Zu den schwerwiegenden Verstößen zählen insbesondere:
- a) Nichterfüllung von personellen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen der Leistungserbringung (z. B.: Behandeln ohne Zulassung, Behandlungen durch unqualifiziertes Personal, grundlose dauerhafte Verweigerung von Hausbesuchen),
  - b) Abrechnung nicht erbrachter Leistungen,
  - c) nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen,
  - d) Erhebungen von Zahlungen durch die Versicherten, die über die gesetzlichen Zuzahlungen hinausgehen. Schriftlich vereinbarte Zusatzleistungen bleiben hiervon unberührt.
- (3) Wird der Verstoß im Zusammenhang mit der Erbringung oder Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag begangen (deliktische Handlungen), sind die betroffenen Krankenkassen berechtigt, dem zugelassenen Leistungserbringer zusätzlich zur Kürzung der Abrechnung nach § 18 Absatz 10 dieses Vertrages einen pauschalen Aufschlag in Höhe von 10 % des Kürzungsbetrags bei einmaligen Verstößen und einen pauschalen Aufschlag in Höhe von 20 % des Kürzungsbetrags bei wiederholten Verstößen in Rechnung zu stellen.
- (4) Die Vertragsmaßnahmen nach Absatz 1 und 3 können auch nebeneinander verhängt werden. Die Sanktionen erfolgen unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit.

- (5) Im Falle des begründeten Verdachts eines Vertragsverstoßes sind die Krankenkassen gemäß § 197a Absatz 3a SGB V berechtigt, leistungsbezogene Daten in pseudonymisierter Form untereinander weiterzugeben, auszutauschen und wechselseitig zu verarbeiten. Die Krankenkasse informiert den GKV-Spitzenverband über die von ihr verhängten Sanktionen nach den Absätzen 1 lit. c) und 3.
- (6) Die Krankenkassen können ihre Befugnisse nach den Absätzen 1, 3 und 5 auch auf einen für sie zuständigen Kassenartenverband übertragen.
- (7) Der GKV-Spitzenverband kann auf eigenen Wunsch im Anhörungsverfahren hinzugezogen werden. Der GKV-Spitzenverband kann den Krankenkassen auf deren Wunsch Hinweise zur Verhältnismäßigkeit von geplanten Sanktionen geben.
- (8) Der zugelassene Leistungserbringer ist jederzeit berechtigt, seinen Berufsverband zum Verfahren hinzuzuziehen und auch durch diesen Erklärungen für sich abgeben zu lassen.

## § 20 Regelungen zu IT-gestützten Verfahren

Sofern sich ein, mehrere oder alle zugelassene Leistungserbringer oder deren Verbände, mit einer, mehreren oder allen Krankenkassen darüber verständigen, können in dem jeweiligen Verhältnis einzelne, mehrere oder alle nicht elektronischen Prozesse dieses Vertrages auch abweichend digital ausgestaltet werden. Dies umfasst insbesondere die Leistungsbestätigung nach § 5 und die Begründung für die Zeitüberschreitung nach § 7. Die Krankenkasse informiert/Die Krankenkassen informieren die Vertragspartner dieses Vertrages umgehend über die Inhalte ihrer Vereinbarung/en.

## § 21 Inkrafttreten und Beendigung des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2021 in Kraft. Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres, **erstmalig zum 31.12.2022, schriftlich gekündigt werden.** Der Vertrag kann durch den GKV-Spitzenverband einerseits oder andererseits durch **alle leistungserbringerseitigen Vertragspartner gemeinsam** gekündigt werden.

**Kommentiert [DR46]: ACHTUNG: Lt. (3) können Vertrag und Anlagen, auch die Preisliste, nur gemeinsam gekündigt werden.**

Das bedeutet, dass die geplante, stufenweise Anhebung der Preise seitens des GKV möglicherweise bereits nach der 2. Stufe gekündigt werden kann, indem der ganze Vertrag gekündigt wird. Eine Kündigung ausschließlich der Preisliste kann erst zum 30.06. 24 erfolgen.

**Kommentiert [DR47]:** Die vier maßgeblichen Verbände bilden eine Partei. Wie jetzt bereits geschehen **ist auch zukünftig der Versuch zu befürchten, Positionen von LD durch Mehrheitsentscheidungen zu ignorieren.** Es ist leider nicht durchgehend gelungen, am „gleichen Ende des Seils zu ziehen“.

- (2) Über eine Kündigung ist die Schiedsstelle nach § 125 Absatz 6 SGB V vom kündigenden Vertragspartner unverzüglich zu informieren.
- (3) Vertrag und Anlagen bilden eine Einheit und können nur gemeinsam gekündigt werden. Die Anlage 2 kann abweichend davon erstmals zum 30.06.2024 gesondert gekündigt werden.
- (4) Die Vertragspartner vereinbaren, Änderungen der Heilmittel-Richtlinien, sofern sie den Inhalt dieses Vertrages einschließlich seiner Anlagen betreffen, unverzüglich in den Vertrag aufzunehmen.
- (5) Dieser Vertrag gilt solange fort, bis ein neuer Vertrag geschlossen oder gemäß § 125 Absatz 6 SGB V festgesetzt wurde.
- (6) Einvernehmliche Änderungen an diesem Vertrag und seinen Anlagen sind auch ohne vorherige Kündigungen jederzeit möglich.

Kommentiert [DR48]: Alle Vorteile bei den Kassen – siehe oben! LD kann ausgetobt werden, zumal die Fortgeltung der Anlage 2 so festgelegt ist, dass NICHT automatisch ein Schiedsverfahren folgt, wenn nach Ablauf des 30.06. noch keine neue Preisvereinbarung existiert.

## § 22 Vertragsauslegung

Die Vertragspartner stellen bei Unstimmigkeiten in der Vertragsauslegung Einvernehmen her. Ein erster Austausch der Vertragspartner hat innerhalb einer Frist von 8 Wochen stattzufinden. Über den Austausch ist ein Ergebnisprotokoll zu erstellen. Die Vertragspartner informieren ihre Mitglieder über das Ergebnis.

## § 23 Schlussbestimmungen

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt. Die Vertragsparteien verpflichten sich, sich unverzüglich über eine Neuregelung der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung zu verständigen, deren Wirkung der wirtschaftlichen Zielsetzung am nächsten kommt, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist.

- (2) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform, soweit nicht in diesem Vertrag ausdrücklich etwas Abweichendes bestimmt ist. Dies gilt auch für eine Änderung oder Abbedingung dieser Schriftformklausel.
- (3) Der Vertrag geht vom Grundsatz vertrauensvoller Zusammenarbeit aus.
- (4) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Zweifelsfragen, die sich aus diesem Vertrag ergeben, werden von den Vertragspartnern gemeinsam geklärt.

Berlin, den 14.12.2020

-----  
GKV-Spitzenverband

Hamburg, den

-----  
dba

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

Frechen, den

-----  
dbl

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.

V.



Moers, den

-----  
dbs  
Deutscher Bundesverband für  
akademische Sprachtherapie und Logopädie  
e. V.

Berlin, den

-----  
LOGO Deutschland e. V.