

V e r t r a g

zwischen

LOGO Deutschland e. V.

und

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen (vdek) e.V., Askanischer Platz 1,
10963 Berlin,
vertreten durch die Vorsitzende des Vorstandes

über

die Versorgung mit Leistungen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung und der besseren Lesbarkeit werden Begriffe wie - "Leistungserbringer", "Zugelassener", "Fachlicher Leiter", "Heilmittelerbringer", "Mitarbeiter", "Vertragsarzt", u.a. umfassend für die weibliche und männliche Form verwendet.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

1. Der Vertrag regelt:
 - a) die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der Mitgliedskassen des vdek mit Leistungen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie gemäß § 32 Abs. 1 SGB V;
 - b) die Vergütung der Leistungen und deren Abrechnung.
2. Die Einzelheiten richten sich nach den Anlagen 1 - 6
 - a) Leistungsbeschreibung (Anlage 1),
 - b) Einrichtungs-Richtlinien (Anlage 2),
 - c) Vergütungslisten (Anlage 3),
 - d) Fortbildungsverpflichtung (Anlage 4),
 - e) Prüfvereinbarung zur Fortbildungsverpflichtung (Anlage 5),
 - f) Notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung (Anlage 6).
3. Grundlage dieses Vertrages ist § 125 Abs. 2 SGB V.
4. Die Bestimmungen dieses Vertrages auf der Basis der Bestimmungen der Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V sowie der Rahmenempfehlung nach § 125 Abs. 1 SGB V sind bei der Abgabe von Heilmitteln durch Zugelassene nach § 124 Abs. 2 SGB V und deren gemäß den Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V berufsrechtlich qualifizierten Mitarbeitern zu beachten und anzuwenden.

§ 2 Organisatorische Voraussetzungen

1. Der Zugelassene/fachliche Leiter hat als Behandler ganztätig in der Praxis zur Verfügung zu stehen oder die qualifizierte Durchführung der Behandlung der Versicherten der Ersatzkassen in seiner Praxis anderweitig sicher zu stellen. Hiervon ausgenommen sind Hausbesuche und die Erbringung von Therapien in Einrichtungen sowie Zeiten von Krankheit, Urlaub oder beruflicher Fortbildung bis zur Dauer von 8 Wochen.
2. 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/Elternzeit nach dem Mutterschutzgesetz/Bundeselterngeld- und Elternteilzeitgesetz oder entsprechenden ergänzenden Regelungen in einzelnen Bundesländern in seiner Pra-

xis vertreten werden. Der Vertreter muss persönlich die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nr. 1 (Ausbildung und Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung) SGB V erfüllen. Die zuständige Landesvertretung des vdek (im folgenden vdek-LV genannt) ist über die Vertretung und den voraussichtlichen Zeitraum zuvor schriftlich zu informieren; die Nachweise über die Qualifikation des Vertreters sind der Mitteilung an die vdek-LV beizufügen.

3. Vertretungen über die in Ziffer 2 geregelten Zeiträume hinaus bedürfen der Zustimmung des vdek. Sie sind grundsätzlich 6 Wochen im Voraus schriftlich bei der vdek-LV zu beantragen. Der Zugelassene hat die Personalien und die voraussichtliche Dauer der Vertretung mitzuteilen und nachzuweisen, dass der Vertreter die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB V erfüllt.
4. Der Zugelassene haftet im gesetzlichen Rahmen für die Tätigkeit des Vertreters nach Ziffer 2 und 3 in gleichem Umfang wie für die eigene Tätigkeit.
5. Der Zugelassene ist auf Anforderung verpflichtet, der vdek-LV innerhalb von zwei Wochen seine in der Praxis beschäftigten Mitarbeiter und freien Mitarbeiter schriftlich zu melden sowie deren Qualifikation/en und deren wöchentliche Arbeitszeit nachzuweisen. Zulassungsrelevante Personalveränderungen sind unter Nachweis der Qualifikation gemäß § 124 SGB V unverzüglich mitzuteilen.
6. Der Zugelassene hat die Praxisräume bzw. -flächen gemäß den Einrichtungs-Richtlinien (Anlage 2) in der jeweiligen bei Antragstellung geltenden Fassung nachzuweisen und für die Behandlung der Versicherten der Ersatzkassen bereit zu halten.
7. Die Einhaltung der Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie der nach dem MPG sowie der nach dem MPG relevanten Verordnungen (z. B. Medizinprodukte-Betreiberverordnung) und der Unfallverhütungsvorschriften sind vom Zugelassenen und dessen Mitarbeitern zu beachten.
8. Der Zugelassene hat eine Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung in ausreichender Höhe abzuschließen.
9. Werden einem Therapeuten in Ausübung seiner 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.

§ 3

Wahl des Heilmittelerbringers

1. Den Versicherten steht die Wahl unter den zugelassenen Heilmittelerbringern frei. Sie dürfen in dieser Wahl nicht beeinflusst werden.
2. Die Ersatzkassen geben ihren Versicherten auf Anfrage oder in sonst geeigneter Weise die Anschriften der Zugelassenen bekannt, die an der Versorgung auf der Basis dieses Vertrages mitwirken.
3. Mit der Leistungspflicht der Ersatzkassen darf nicht geworben werden.

§ 4 Leistungserbringung

1. Die Durchführung einer Behandlung darf nur von hierfür gemäß den Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V qualifizierten Therapeuten in nach § 124 Abs. 2 SGB V zugelassenen Praxen erfolgen.
2. Der Zugelassene erbringt Leistungen persönlich oder lässt Leistungen nach diesem Vertrag durch seine gemäß den Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V und berufsrechtlich qualifizierten Mitarbeitern durchführen. Der Zugelassene ist verpflichtet, ärztlich verordnete Hausbesuche durchzuführen bzw. durch Mitarbeiter sicherzustellen. Diese können grundsätzlich von dem nächstliegenden Heilmittelerbringer nicht abgelehnt werden.
3. Ist der Zugelassene eine juristische Person oder eine rechtsfähige bzw. nicht-rechtsfähige Personenvereinigung, obliegt die Verantwortung dem in der Zulassungsbestätigung benannten verantwortlichen fachlichen Leiter. Die organisatorischen Voraussetzungen nach § 2 gelten entsprechend.
4. Von angestellten/freien Mitarbeitern erbrachte Behandlungen können als Leistungen des Zugelassenen abgerechnet werden, wenn
 - a) diese qualifizierten Therapeuten im Sinne der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V (Ausbildung und Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung) sind;
 - b) für jeden gleichzeitig in den zugelassenen Praxisräumen tätigen Mitarbeiter die in den Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V genannten Behandlungsräume bzw. Behandlungsflächen vorhanden sind.
5. Der Zugelassene haftet für von angestellten und freien Mitarbeitern erbrachte Leistungen in gleichem Umfang wie für seine eigenen Leistungen. Er hat sich dafür regelmäßig den erforderlichen Überblick über den Praxisablauf zu verschaffen.
6. Die Leistungen sind ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Sie haben dem gemäß § 70 SGB V 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 Umfang (siehe § 7 Ziffer 2 und 3) in Anspruch genommen werden.
7. Der Zugelassene/fachliche Leiter hat sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß der Anlage 4 fortzubilden. Als externe Fortbildungen gelten ausschließlich Fortbildungen, die die Anforderungen gemäß Anlage 4, Punkte 5 und 7 erfüllen und nicht zu den Fortbildungen nach Punkt 6 zählen. Die therapeutisch tätigen Mitarbeiter haben sich beruflich mindestens alle 2 Jahre extern fachspezifisch fortzubilden. Der Satz 2 des § 4 Ziffer 8 gilt entsprechend. Der Nachweis über die absolvierten Fortbildungen ist auf Anforderung seines Berufsverbandes oder der vdek-LV innerhalb eines Monats zu erbringen.
8. Erfüllt der Zugelassene/fachliche Leiter die in § 4 i. V. mit Anlage 4 vereinbarte Fortbildungsverpflichtung nicht fristgerecht innerhalb des Betrachtungszeitraumes von 4 Jahren, so hat er diese unverzüglich nachzuholen. Ergibt sich bei der Überprüfung durch die vdek-LV, dass der Fortbildungsverpflichtete die Fortbildungspunkte für jeden abgeschlossenen Betrachtungszeitraum ab dem 01.08.2009

dennoch ganz oder teilweise nicht nachweisen kann, setzt ihm die vdek-LV eine Nachfrist von 12 Monaten. Die nachgeholten Fortbildungen werden nicht auf die laufende Fortbildungsverpflichtung angerechnet.

9. Vom Beginn der Frist an können die Ersatzkassen die Vergütung bis zur Vorlage des Nachweises über die erforderliche Fortbildung um pauschal 7,5 % des Rechnungsbetrages kürzen. Nach einem halben Jahr verdoppelt sich der v.H.-Satz. Dieser gilt bei Wiederholungsfällen in der Heilmittelpraxis von Beginn an.

§ 5

Maßnahmen zur Qualitätssicherung

1. Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen.
2. Der vdek ist jederzeit berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten zu prüfen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Die Maßnahmen der Qualitätssicherung beziehen sich auf die Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität. Die Prüfung im Rahmen der Qualitätssicherung erfolgt grundsätzlich nach vorheriger Ankündigung durch die Ersatzkassen. Die Ankündigung soll möglichst einen Monat, sie muss jedoch spätestens 14 Tage vor der Prüfung erfolgen. Mit Zustimmung des Leistungserbringers kann von Satz 3 abgewichen werden. Auf Wunsch des Zugelassenen ist dessen Berufsverband hinzuzuziehen. Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist dem Prüfenden innerhalb der Praxiszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren. Die Vertreter der Ersatzkassen haben sich auszuweisen. Der Leistungserbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Der Umfang und das Ergebnis der Prüfung sind in einem Bericht festzuhalten. Das Ergebnis der Prüfung ist dem Leistungserbringer schriftlich mitzuteilen; die Mitteilung soll innerhalb von zwei Monaten nach Abschluss der Prüfung dem Leistungserbringer zugehen. Die Mitteilung ist vom Leistungserbringer mindestens drei Jahre nach Zusendung der Mitteilung aufzubewahren.

Strukturqualität

3. Die Strukturqualität beschreibt die Möglichkeit des Therapeuten, auf Grund seiner individuellen Qualifikation, im Rahmen seines Arbeitsfeldes und unter Berücksichtigung der vorhandenen Infrastruktur qualitativ hochwertige Therapieleistungen zu erbringen. Die Strukturqualität umfasst insbesondere die organisatorischen, personellen, räumlichen und sächlichen Voraussetzungen für das Therapiegeschehen.

Prozessqualität

4. Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Therapieprozesse.
5. Zur Sicherung der Prozessqualität hat der Heilmittelerbringer insbesondere Folgendes zu gewährleisten:

- Abstimmung zwischen Heilmittelerbringer und verordnendem Vertragsarzt
 - Orientierung der Behandlung an der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik), am Therapieziel und der Belastbarkeit des Versicherten
 - Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung
 - Anwendung des verordneten Heilmittels
 - Behandlung gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. Anlage 1)
 - Dokumentation des Behandlungsverlaufs gemäß Anlage 1 Ziffer 8.
6. Der Heilmittelerbringer sollte darüber hinaus bereit sein,
- eine Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Behandlung Beteiligten herbeizuführen
 - Patienten und deren Angehörige im Einzelfall zu beraten (siehe Ziffer 9 der Leistungsbeschreibung) und
 - sich z. B. an Case-Managements und an Qualitätszirkeln (insbesondere auch mit Ärzten) zu beteiligen.
7. Der Heilmittelerbringer hat für jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdocumentation gemäß Ziffer 8 der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben.

Ergebnisqualität

8. 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.

§ 6

Verordnung / Behandlungsdurchführung

1. Vertragsleistungen (Anlage 1) dürfen ausschließlich auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung ausgeführt werden.¹
2. Eine vertragsärztliche Verordnung (Verordnungsmuster 14) ist nur gültig, wenn sie der jeweils geltenden Fassung der Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V entspricht. Zur Abgabe dieser Leistungen ist der Heilmittelerbringer dann entsprechend der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) berechtigt und verpflichtet. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung durch den Heilmittelerbringer sind nach der Heilmittel-Richtlinie möglich. Bei Änderungen oder Ergänzungen, die einer ärztlichen Unterschrift bedürfen, kann die Behandlung nach Abstimmung mit dem Arzt bereits ohne erneute Arztunterschrift im Original begonnen werden, wenn die Arztunterschrift auf der Verordnung hierfür nachträglich und vor der Abrechnung eingeholt wird. Näheres ist der Anlage 6 zu entnehmen.

¹ Eine Verordnung durch Vertragszahnärzte (auch Kieferorthopäden) ist auch auf Muster 16 möglich.

3. Mit der Behandlung darf erst begonnen werden, wenn die Zulassung nach § 124 Abs. 2 SGB V durch die vdek-LV erteilt ist und sich die Zulassung auf das jeweilige Indikationsgebiet erstreckt, für das die Leistung verordnet wurde.
4. Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für den Versicherten, für den sie ausgestellt ist.
5. Die durchgeführten Leistungen gemäß der Anlage 1 sind vom Leistungserbringer auf der Rückseite der Verordnung verständlich, d. h. unter Angabe von Datum und Dauer, bei der Befunderhebung mit Datum und Kürzel „BE“, darzustellen und am Tage der Leistungsabgabe vom Patienten oder in begründeten Ausnahmefällen von dessen Vertreter oder Betreuungsperson durch Unterschriftsleistung auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Bestätigungen im Voraus oder nachträglich sind nicht zulässig.

§ 7

Kooperation zwischen Therapeut und Arzt

1. Der Zugelassene und seine Mitarbeiter kooperieren im Interesse einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Heilmitteln mit dem verordnenden Vertragsarzt. Dies gilt für den Beginn, die Durchführung und den Abschluss der Heilmittelbehandlung.
2. Bei Beginn der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:
 - a) Für den Beginn der Behandlung ist die Verordnung des Vertragsarztes maßgebend. Fehlt eine solche Angabe in der Verordnung, beginnt die Erstbehandlung spätestens 14 Tage nach Ausstellung der vertragsärztlichen Verordnung. Kann die Heilmittelbehandlung in dem genannten Zeitraum nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Dies ist nicht der Fall, wenn im begründeten Ausnahmefall zwischen Vertragsarzt und Heilmittelerbringer eine abweichende Regelung getroffen wurde, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert. Die einvernehmliche Änderung ist vom Heilmittelerbringer auf dem Verordnungsblatt zu begründen, mit Datum und Handzeichen zu versehen und zu dokumentieren (Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Verordnungsmusters 14). Der Therapeut hat auch in diesem Fall zu gewährleisten, dass das Therapieziel durch die Unterbrechung nicht gefährdet wird, anderenfalls ist die Therapie abzubrechen.
 - b) Ergibt sich aus der Befunderhebung durch den Heilmittelerbringer, dass das Erreichen des vom verordnenden Vertragsarzt benannten Therapieziels durch ein anderes Heilmittel besser erzielt 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 Therapeut nicht zu verantworten hat, nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat der Therapeut den Arzt zu informieren und die Änderung auf dem Verordnungsblatt zu begründen und mit Datum und Handzeichen zu versehen (Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Verordnungsmusters 14).

3. Bei der Durchführung der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:

- a) Eine Abweichung von der vom Vertragsarzt angegebenen Frequenz bzw. die Ergänzung der Frequenz durch den Heilmittelerbringer ist nur zulässig, wenn zuvor zwischen Heilmittelerbringer und Vertragsarzt ein abweichendes Vorgehen bzw. die zu ergänzende Frequenz verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung bzw. Ergänzung ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck mit Datum und Handzeichen zu versehen und zu dokumentieren (Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Verordnungsmusters 14).

Sind auf der Verordnung keine Angaben zur Frequenz gemacht, ist die Frequenzempfehlung des Heilmittel-Kataloges verbindlich anzuwenden.

Grundsätzlich sollen Heilmittel je Behandlungstag nur einmal abgegeben werden. In Ausnahmefällen kann eine Doppelbehandlung in Abstimmung mit dem Arzt durchgeführt werden.

Mehrfache Therapien pro Tag sind der jeweiligen Krankenkasse gesondert zur Genehmigung vorzulegen. Dies gilt nicht für Verordnungen bei Aphonie, z. B. Diagnosegruppe ST3 (Psychogene Erkrankungen der Stimme). Ohne gesonderte Genehmigung der Krankenkasse kann bei erheblichen postoperativen Schluckstörungen nach Teilsektionen von Larynx oder Hypopharynx in einem Zeitraum von 14 Kalendertagen Schlucktherapie (Indikationsschlüssel SC2) mehrfach täglich zur Begleitung der Mahlzeiten abgegeben werden, wenn hierdurch eine stationäre Rehabilitation vermieden werden kann.

- 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 Therapeut darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und die Behandlung zu unterbrechen. Die einvernehmliche Änderung des Therapieziels ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsblatt mit Datum und Handzeichen zu versehen und zu dokumentieren. Soll die Behandlung mit einer anderen Maßnahme fortgesetzt werden, ist eine Änderung der Verordnung durch den Vertragsarzt 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 für die noch verbleibenden Behandlungseinheiten ihre Gültigkeit. Dies gilt nicht in den begründeten Ausnahmefällen: therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung (T), Krankheit des Patienten/Therapeuten (K) und Ferien bzw. Urlaub des Patienten/Therapeuten (F). Der zugelassene Leistungserbringer begründet der Krankenkasse die Überschreitung der Zeitintervalle mit den vorgenannten Buchstaben (T, F und K) unter Hinzufügung des Handzeichens auf dem Verordnungsblatt.

4. Für den Abschluss der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:

Sofern der behandelnde Vertragsarzt dies auf der Verordnung kenntlich gemacht hat, unterrichtet der Heilmittelerbringer diesen gegen Ende der Behandlungsserie 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. Bei Behandlungsabbruch ist das entsprechende Feld auf der Rückseite der Verordnung zu kennzeichnen und der Vertragsarzt sollte über den Behandlungsabbruch informiert werden.

5. Der Heilmittelerbringer darf die Behandlung eines Versicherten in begründeten Einzelfällen ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt ablehnen.
6. Der Heilmittelerbringer darf den Vertragsarzt nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in seiner Ordnungsweise beeinflussen.

§ 8 Aufbewahrungsfrist

Die Verlaufsdocumentation nach Anlage 1 Ziffer 8 ist für 3 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Der Leistungserbringer hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten (vgl. § 10).

§ 9 Vergütung

1. Die Vergütung der vertraglichen Leistungen erfolgt nach der vereinbarten Liste der zu zahlenden Vergütungen (Anlage 3) in der jeweils geltenden Fassung.
2. Im Rahmen der vertraglichen Leistungen dürfen nur Zuzahlungen gemäß § 32 Abs. 2 SGB V gefordert und angenommen werden. Zuzahlungen nach § 32 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 61 Satz 3 SGB V sind vom Zugelassenen entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen einzuziehen und gegenüber dem Versicherten gemäß § 61 Satz 4 SGB V zu quittieren. Die pauschale Zuzahlung je Verordnungsblatt ist regelmäßig bei der ersten Behandlung durch den Zugelassenen einzuziehen. § 43 b SGB V bleibt unberührt.
3. Auf den Einzug der Zuzahlung darf der Therapeut nur bei Vorlage einer gültigen Befreiungsbescheinigung der Ersatzkassen verzichten. Die Kennzeichnung der Verordnung mit "Gebühr frei" durch den Arzt allein ist nicht ausreichend. Wird ein gültiger Befreiungsbescheid der Ersatzkasse vorgelegt und hat der Arzt in einem solchen Fall das Feld "Gebühr frei" nicht angekreuzt oder hat er nur das Feld "Gebühr pflichtig" angekreuzt oder beide Felder angekreuzt, ist der Therapeut berechtigt, unter Angabe seines Handzeichens das Feld "Gebühr frei" anzukreuzen und gegebenenfalls das Feld "Gebühr pflichtig" zu korrigieren.
4. Die Vergütung sollte grundsätzlich prospektiv für einen zukünftigen Zeitraum vereinbart werden. Bei Ablauf einer Vereinbarung haben die Vertragspartner sicherzustellen, dass zeitnah Folgeverhandlungen stattfinden.

§ 10 Datenschutz

1. Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen und unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber dem behandelnden Vertragsarzt und der zuständigen Krankenkasse, soweit sie

zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Der Heilmittelerbringer hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten.

2. Die §§ 35, 37 SGB I, § 284 SGB V sowie die §§ 67 bis 85 SGB X sind zu beachten.

§ 11

Verwendung des Institutionskennzeichens

1. Jeder Zugelassene verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit den Ersatzkassen verwendet. Für jede (Zweit-)Praxis ist ein gesondertes IK zu führen.
2. Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen.

Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind ausschließlich der SVI und der vdek-LV unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Mitteilungen an die Ersatzkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.

3. Das gegenüber den Ersatzkassen eingesetzte IK ist der vdek-LV bei der Zulassung mitzuteilen. Abrechnungen mit den Ersatzkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK, das in jeder Abrechnung und im Schriftwechsel mit den Ersatzkassen anzugeben ist.

Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Ersatzkassen abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Ersatzkasse unbekanntem IK.

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

4. Nach Beendigung der Zulassung ist das geführte IK bei der SVI abzumelden.

§ 12

Abrechnungsregelung

1. Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V (im folgenden Richtlinien genannt) in der jeweils aktuellen Fassung. Abrechnungen, die dem nicht entsprechen, werden von den Ersatzkassen abgewiesen. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:

- Abrechnungsdaten,
- Urbelege (Verordnungsblätter, einschließlich der vollständigen Angaben im Abrechnungsteil, jeweils im Original),
- ggf. Leistungszusagen der Krankenkassen im Original,
- Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),

- Begleitzettel für Urbelege (bei maschineller Abrechnung).

Nach § 302 Abs. 1 SGB V sind die Leistungserbringer verpflichtet, den Krankenkassen die Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger übermittelt, haben die Krankenkassen gem. § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nachzuerfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten haben die Krankenkassen den betroffenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 v.H. des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.

2. Jeder neu Zugelassene ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Abs. 1 bei der "Kopfstelle" des vdek, Askanischer Platz 1, 10963 Berlin, anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde.
3. Zur Sicherstellung der Vergütung erbrachter Leistungen ist bei der Aufnahme des maschinellen Abrechnungsverfahrens vom einzelnen neu Zugelassenen zunächst eine Erprobungsphase mit den einzelnen Ersatzkassen durchzuführen. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen nach dem bisherigen Abrechnungsverfahren. Dabei sind die maschinellen Daten mit der Kennung "TSOL" als Testdaten zu kennzeichnen. Die maschinellen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein.

Der Zugelassene kann die Erprobungsphase mit einer Ersatzkasse beenden, wenn er der datenannehmenden Stelle der Ersatzkassen dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die betreffende Ersatzkasse dem Zugelassenen keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt.

Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom Zugelassenen ausschließlich maschinell verwertbare Datenträger übermittelt. Als maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten dabei ausschließlich Daten auf elektronischen Datenträgern nach der Technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen. Die Daten sind durch die Kennung "ESOL" als "Echtdaten" zu kennzeichnen.

4. Die Rechnungslegung erfolgt je Zugelassenem für alle Versorgungs-/Abrechnungsfälle monatlich einmal. Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von den Ersatzkassen benannten Stellen möglichst innerhalb von 12 Monaten nach Abschluss der Behandlung zu liefern.

Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten bzw. einwandfrei ausgefüllte standardisierte Abrechnungsformulare gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte Datenlieferungen sowie nicht korrekt vom Heilmittelerbringer ausgefüllte Urbelege werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet. Elektronische Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen dürfen die Ersatzkassen zurückweisen.

5. Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach § 2 Abs. 1 Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Leistungszusagen) der Richtlinien sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung (Übermittlung der maschinellen Abrechnungsdaten nach § 2 Abs. 1

Buchstaben a) und e) der Richtlinien) einmal im Monat an die von den Ersatzkassen benannten Stellen zu liefern. Die Unterlagen sind im Original in der in den Richtlinien beschriebenen Sortierreihenfolge zu übermitteln. Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen führen zur Abweisung der Rechnung.

Den rechnungsbegründenden Unterlagen ist bei maschineller Abrechnung ein Begleitzettel gem. § 2 Abs. 1 Buchstabe f) der Richtlinien beizufügen.

6. Der Zugelassene trägt die folgenden Angaben auf dem Verordnungsblatt (Vordruckmuster 14) auf:

- IK des Zugelassenen (§ 11),
- 5-stellige Heilmittelpositionsnummer sowie Faktor der abgegebenen Leistung(en),
- Rechnungs- und Belegnummer,
- eingezogener Zuzahlungsbetrag und Bruttowert der Verordnung.

7. Der Einzug der Zuzahlung gem. § 32 Abs. 2 i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V erfolgt durch den Zugelassenen entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen. Die Berechnung der prozentualen Zuzahlung für die einzelne Leistung erfolgt auf der Basis des Vergütungssatzes für die jeweilige Leistung. Die von den Versicherten an den Zugelassenen insgesamt gezahlten Zuzahlungsbeträge sind von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen.

Übersteigen prozentuale Zuzahlung und die pauschale Zuzahlung pro Verordnung den abrechnungsfähigen Betrag des Rezeptes, kommt eine Vergütung durch die Ersatzkassen nur in Betracht, wenn der Leistungserbringer der Ersatzkasse nachweist, dass der Einzug des Zuzahlungsbetrages nach Erinnerung gemäß § 43 b Abs. 1 S. 1 SGB V erfolglos geblieben ist. Die Verordnung ist aber stets unter der Beachtung der technischen Anlage der Richtlinien nach § 302 SGB V den Ersatzkassen zu übermitteln.

8. 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.

9. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Ersatzkasse dem Zugelassenen die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Eine Abweisung der Gesamt-abrechnung ist nur bei folgenden Fehlern möglich:

- Fehler in Datei und Dateistruktur (Technische Anlage 1),
- Fehler in der Syntax (Technische Anlage 1),
- Fehler bei Datenelementinhalten (Technische Anlage 1),
- Nichtbeachtung der Regelungen zur Kennzeichnung und Sortierung der Urbelege,
- Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen.
- Nichtbeachtung der inhaltlichen Mindestanforderungen an den Begleitzettel für Urbelege (Anlage 4 der Richtlinien nach § 302 SGB V)

Beanstandungen müssen innerhalb von 9 Monaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können - auch ohne Einverständnis des Zugelassenen - mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden und sind ab der Prüfstufe IV (Prüfung im Fachverfahren der einzelnen Krankenkasse) der Technische Anlage 1 von der Ersatzkasse zu begründen. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Zugelassenen verrechnet werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung des Zugelassenen vor.

10. Die Bezahlung der Rechnungen bei elektronischer Datenübermittlung bzw. bei Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Ersatzkassen benannten Stellen. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

Erfolgt keine maschinell verwertbare Datenübermittlung nach Abs. 1, verlängert sich die Zahlungsfrist auf 4 Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (Papierabrechnung und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Ersatzkassen benannten Stellen. Dies ist notwendig, da die Daten vor einer Bearbeitung durch die zuständige Ersatzkasse nacherfasst werden müssen. Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen dürfen die Ersatzkassen zurückweisen.

11. Überträgt ein Zugelassener die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Zugelassene die vdek-LV unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der vdek-LV ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht, mitzuteilen. Das Abrechnungszentrum ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß Ziffer 2 zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnung ausschließlich auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Ziffer 1.

Der Zugelassene ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.

Hat der Zugelassene dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die Ersatzkassen mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der Ersatzkasse durch Einschreiben-Rückschein zur Kenntnis zu bringen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der Ersatzkasse an das Abrechnungszentrum entfällt 3 Werktage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.

12. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Ziffer 11 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Zugelassenen auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der vdek-LV vorzulegen.
13. Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Haftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesinfektionsschutzgesetz (BInfSchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG), dem Bun-

desozialhilfegesetz (BSHG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist der Krankenkasse eine Einzelrechnung in Papierform zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

14. Die / Der vom Vertragsarzt auf der Verordnung angegebene Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel ist in der Abrechnung (im vorgesehenen Datenfeld) den Ersatzkassen zu übermitteln.

§ 13 Vertragspartnerschaft

1. Der Vertrag geht vom Grundsatz vertrauensvoller Zusammenarbeit aus.
2. 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.

§ 14 Vertragsausschuss

Zur Klärung von gravierenden Meinungsverschiedenheiten und Zweifelsfragen zwischen den Ersatzkassen und den Leistungserbringern sowie zur Klärung von Vertrags- und Gesetzesverstößen im Sinne des § 15 kann auf Antrag eines Vertragspartners ein Vertragsausschuss gebildet werden. Dieser setzt sich aus Vertretern des vdek einerseits und Vertretern des Berufsverbandes andererseits paritätisch zusammen.

§ 15 Vertrags-, Gesetzesverstöße / Regressverfahren

1. Erfüllt ein Heilmittelerbringer die ihm obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann ihn der vdek schriftlich verwarnen; der vdek setzt eine angemessene Frist für die Beseitigung des Vertragsverstößes durch den Heilmittelerbringer fest.
2. Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen oder Verstößen gegen die unzulässige Zusammenarbeit zwischen Heilmittelerbringern und Vertragsärzten gemäß § 128 Abs. 5b SGB V kann der vdek im Einvernehmen mit dem Vertragsausschuss (§ 14) nach erfolgter Anhörung eine angemessene Strafe bis zu 50.000,- EURO festsetzen. Für den Fall schwerwiegender und wiederholter Verstöße gegen die Vorgaben des § 128 Abs. 5b SGB V kann der Heilmittelerbringer für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden. Der Vertragsausschuss kann auf Antrag die Geldstrafe analog § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB IV stunden. Schwerwiegende Vertragsverstöße rechtfertigen auch den sofortigen Zulassungsentzug. Unabhängig davon ist der entstandene Schaden zu ersetzen. Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:

- Nichterfüllung der sächlichen und/oder räumlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen,
- Abrechnung nicht erbrachter Leistungen,
- wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz (vgl. § 10),
- nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen,
- Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt.

§ 16 In-Kraft-Treten

1. Dieser Vertrag tritt am **01.06.2017** in Kraft. Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann unter Einhaltung einer Frist von 6 Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden.
2. Für die Kündigung der Liste der zu zahlenden Vergütungen (Anlage 3) gelten die jeweils vereinbarten Fristen.
3. Die Gültigkeit dieses Vertrages wird durch eine Kündigung der Vergütungsregelungen (Anlage 3) nicht berührt.
4. Der Vertrag zwischen dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. sowie dem AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband und dem Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen - Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen (dba) e.V. Hamburg, dem Berufsverband dem Deutschen Bundesverband für Logopädie (dbl) e.V., Frechen, und dem Deutschen Bundesverband für Sprachheilpädagogen (dbs) e.V., Moers vom 01.08.2009 wird mit In-Kraft-Treten dieses Vertrages ersetzt. Nach dem o. g. Vertrag zwischen dem vdek und den o.g. Berufsverbänden bisher Zugelassene bleiben weiter zugelassen.
5. Für bisher zugelassene Mitglieder der Berufsverbände gilt dieser Vertrag, ohne dass der Zugelassene eine gesonderte Anerkenniserklärung abgeben muss.
6. Die Vertragspartner vereinbaren, Änderungen der Heilmittelrichtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, sofern sie den Inhalt und die Leistungsbeschreibung dieses Vertrages betreffen und somit vertragsrelevant sind, unverzüglich in den Vertrag aufzunehmen.

§ 17 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen 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.

Protokollnotizen Zu Anlage 6

Der Zugelassene/fachliche Leiter hat grundsätzlich vor Beginn der Behandlung die vertragsärztliche /vertragszahnärztliche Verordnung auf Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen. Ist der verordnende Arzt vor Aufnahme der Behandlung für eine Klärung nicht erreichbar, kann der Therapeut die Behandlung auch ohne vorherige Behebung des Mangels aufnehmen, damit das Therapieziel nicht gefährdet wird bzw. Schaden vom Patienten abgewendet werden kann. In diesem Fall ist der Behandlungsvertrag schwebend unwirksam und wird rückwirkend wirksam, wenn der Mangel unter Beachtung der folgenden Regelungen nachträglich behoben wird:

- I. In den Fällen nach den Ziffern a und g muss der Mangel bis zum Zeitpunkt des Einreichens der Abrechnung behoben werden. Anderenfalls wird die Verordnung abgesetzt.
- II. In den Fällen nach den Ziffern b, c, l, k und p gilt Folgendes:
Erfolgt die Korrektur nicht bis zum Zeitpunkt des Einreichens der Abrechnung, wird die Verordnung vorläufig abgesetzt und die Verordnung/Image zur Ergänzung durch den verordnenden Arzt/Zahnarzt (in den Fällen nach den Ziffern c, k, und p) bzw. durch den Zugelassenen/fachlichen Leiter (Fälle nach den Ziffern b und l) zurückgeschickt. Nach erfolgter Korrektur/Ergänzung kann die Verordnung abgerechnet werden.
- III. In den Fällen nach den Ziffern b, c, g, h, j, k, l, m und p kann die Korrektur/Ergänzung der Verordnung auch per Telefax erfolgen. Danach muss das Original/Image gemeinsam mit dem ergänzten bzw. korrigierten Fax zur Abrechnung eingereicht werden.
- IV. Die Vertragspartner werden die Protokollnotizen zu der Anlage 6 in regelmäßigen Abständen auf erforderliche Anpassungen hin überprüfen. Ungeachtet dessen bleibt das Recht jeder einzelnen Ersatzkasse unberührt, gegebenenfalls weitere Kriterien einer Prüfung zu unterziehen.

Unterschriftenseite zu dem Vertrag über die Regelung der Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der Mitgliedskassen des vdek mit Leistungen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie gemäß § 32 Abs. 1 SGB V sowie die Vergütung der Leistungen und deren Abrechnung

Berlin, Saarbrücken, den

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Die Vorsitzende des Vorstandes

LOGO Deutschland e. V.

Anlage 1 zum Vertrag vom 01.06.2017

zwischen

LOGO Deutschland e. V.

und

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen (vdek) e.V., Askanischer Platz 1,
10963 Berlin

(im Folgenden vdek genannt)

LEISTUNGSBESCHREIBUNG

1. Grundsätze

Die Leistungsbeschreibung berücksichtigt die Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V; Änderungen in dieser Richtlinie mit Folgewirkung auf die Leistungsbeschreibung erfordern deren unverzügliche Anpassung.

Die Leistungsbeschreibung orientiert sich an der Gliederung der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Die Leistungsbeschreibung umfasst die verordnungsfähigen Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie gemäß der Heilmittel-Richtlinie. Dabei werden die wesentlichen Indikationen, Therapieziele, Methoden und Verfahren für die einzelnen Maßnahmen beispielhaft benannt.

Den Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sind die Positionsnummern des Bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummernverzeichnisses zugeordnet.

2. Umfang der Leistung

Die nachstehend unter Nummer 11. aufgeführten Leistungen (Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) umfassen:

- die Durchführung der Befunderhebung (3.)
- das Aufstellen des individuellen Behandlungsplans (4.)
- die Durchführung der stimm-, sprech- bzw. sprachtherapeutischen Maßnahmen (5.)
- die Regelbehandlungszeit (6.)
- die Vor- und Nachbereitung der Therapie (7.)
- die Verlaufsdokumentation (8.)
- die Beratung des Patienten und seiner Bezugspersonen (9.)
- ggf. den Bericht des Therapeuten an den verordnenden Arzt (10.)

Die Vergütung für die jeweilige Maßnahme umfasst die Therapiezeit sowie die weiteren von der Therapie umfassten Leistungen, insbesondere die Vor- und Nachbereitung.

3. Befunderhebung

Die Durchführung und Auswertung der stimm-, sprech- bzw. sprachtherapeutischen Befunderhebung (einschließlich Anamnese) erfolgt zunächst im Rahmen der sprachtherapeutischen Erstbefundung und bildet auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung und den Ergebnissen der störungsbildabhängigen ärztlichen Eingangsdagnostik die Voraussetzung, die Behandlungsziele zu definieren und einen Behandlungsplan zu erstellen. Dabei werden störungsspezifische Screening- und ggf. standardisierte Testverfahren entsprechend den Erfordernissen des Einzelfalls eingesetzt. Soweit nach der stimm-, sprech- und sprachtherapeutischen Erstbefundung oder im Verlauf der Behandlung weitere Befundungen (z. B. zur Überprüfung der stimm-, sprech- bzw. sprachtherapeutischen Ziele und/oder zur Anpassung des Therapieplanes) notwendig sind, erfolgen diese unter Anwendung der erforderlichen Screening- bzw. standardisierten Testverfahren im Rahmen der Therapie.

4. Individueller Behandlungsplan

Auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung und der Eingangsdagnostik mit Angabe der Diagnose, der Leitsymptomatik und der Therapieziele sowie der stimm-, sprech- bzw. sprachtherapeutischen Befunderhebung wird der individuelle Behandlungsplan erstellt.

5. Behandlungsdurchführung

Auf der Grundlage des Behandlungsplans wird die jeweilige stimm-, sprech- bzw. sprachtherapeutische Maßnahme durchgeführt. Dabei ist die jeweilige Reaktionslage des Patienten besonders hinsichtlich der Behandlungstechniken oder -methoden sowie der Dauer, Intensität und des Umfangs der Behandlung zu berücksichtigen.

6. Regelbehandlungszeit

Die Regelbehandlungszeit zu den jeweiligen Maßnahmen bezieht sich auf die Durchführung der Therapie mit dem Patienten; die Vor- und Nachbereitung gemäß Ziffer 7 ist nicht umfasst. Die effektive Behandlungszeit mit dem Patienten darf die Regelbehandlungszeit nur aus medizinischen Gründen unterschreiten.

7. Vor- und Nachbereitung

Die Vor- und Nachbereitung des Therapieplatzes und der Therapiemittel ist für die stimm-, sprech- bzw. sprachtherapeutische Behandlung unabdingbar. Die Berücksichtigung der individuellen Schädigung und der Funktionsstörung des Patienten gewährleistet den sinnvollen Einsatz der Methoden und Verfahren der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie. Der zeitliche Umfang der Vor- und Nachbereitung beträgt in der Regel 10 Minuten.

8. Verlaufsdokumentation

Entsprechend § 15 Abs. 4 der Rahmenempfehlung wird im Interesse einer effektiven und effizienten stimm-, sprech- bzw. sprachtherapeutischen Behandlung eine Verlaufsdokumentation geführt. Sie erfolgt je Behandlungseinheit und umfasst den Namen des Therapeuten, die im einzelnen erbrachten Leistungen, deren Wirkungen auf den Patienten und ggf. Besonderheiten bei der Durchführung.

9. Beratung

Die Beratung (Information und Beratung des Patienten und/oder seiner Bezugspersonen) über die Ziele und den Behandlungsverlauf der Stimm-, Sprech- bzw. Sprachtherapie sowie die Anleitung (Schulung) zum eigenverantwortlichen gesundheitsgerechten Verhalten durch häusliche Übungsprogramme sind unverzichtbare Bestandteile der Behandlung.

Die Information, Beratung, Anleitung bzw. Schulung dient dazu, den Patienten zu befähigen, die in der laufenden Therapie erarbeiteten Fähigkeiten in den Alltag zu transferieren.

10. Bericht des Therapeuten an den verordnenden Arzt

Sofern der behandelnde Vertragsarzt dies auf dem Verordnungsvordruck kenntlich gemacht hat, berichtet der Heilmittelerbringer diesem gemäß § 18 Abs. 6 der Rahmenempfehlung gegen Ende einer Behandlungsserie schriftlich über den Stand der Therapie.

11. Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

X3010 Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung

X3102 Einzelbehandlung (30 Minuten mit dem Patienten)

X3103 Einzelbehandlung (45 Minuten mit dem Patienten)

X3104 Einzelbehandlung (60 Minuten mit dem Patienten)

X3220 Zweiergruppe (45 Minuten mit den Patienten)

X3222 Gruppe mit 3 - 5 Patienten (45 Minuten mit den Patienten)

X3223 Zweiergruppe (90 Minuten mit den Patienten)

X3224 Gruppe mit 3 - 5 Patienten (90 Minuten mit den Patienten)

Stimmtherapie

Definition

Stimmstörungen sind organisch, funktionell oder psychogen bedingte Störungen, welche die Stimmgebung, den Stimmklang, die Intonation und Belastungsfähigkeit der Stimme beeinträchtigen.

Die Stimmtherapie dient der Wiederherstellung, Besserung und Erhaltung der stimmlichen Kommunikationsfähigkeit und des Schluckaktes sowie der Vermittlung von Kompensationsmechanismen (z.B. Bildung einer Ersatzstimme, Üben des Gebrauchs elektronischer Sprechhilfen). Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zur Regulation von Atmung, Phonation, Artikulation und Schluckvorgängen.

Die Leistung wird als Einzel- oder Gruppentherapie (Zweiertherapie oder Gruppe mit 3-5 Patienten) erbracht. Voraussetzung für die Gruppenbehandlung ist, dass der Patient keine ständige direkte therapeutische Intervention benötigt. Zum Einsatz kommt die Gruppenbehandlung insbesondere dann, wenn neben den Störungen auch sozioemotionale Voraussetzungen vorliegen, die eine Gruppenbehandlung medizinisch ermöglichen. Die Gruppentherapie ist insbesondere dann sinnvoll, wenn sie einer Einzeltherapie hinsichtlich des Behandlungsergebnisses überlegen sein könnte oder diese sinnvoll ergänzt.

Indikationen:

Schädigungen/Funktionsstörungen	Diagnosengruppen
Störungen - der stimmlichen Belastbarkeit/ Kommunikationsfähigkeit wie Heiserkeit bis zur Aphonie - der Phonationsatmung wie Räusperzwang, Reizhusten - der Druck- und Schmerzempfindung neuromuskulärer Art im Halswirbelbereich - der Stimmgebung - des Schluckaktes (motorisch und sensorisch) in der oralen, pharyngealen und oesophagealen Phase (Aspirations- gefahr)	- Organisch bedingte Erkrankungen der Stimme - Funktionell bedingte Erkrankungen der Stimme - Psychogene Erkrankungen der Stimme (Aphonie, Dysphonie) - Störungen der Sprechmotorik, Dys- arthrie, Dysarthrophonie, Sprechapraxie - Krankhafte Störungen des Schluckaktes - Schädigung im Kopf-Hals-Bereich

Therapeutische Wirkungen

- Entwicklung / Förderung der Eigenwahrnehmung
- Aufbau einer physiologischen Atmung,
- Tonusregulierung der an der Atmung, der Stimmgebung und dem Sprechen beteiligten Muskulatur.
- Erhöhung der stimmlichen Effizienz durch gesteigerte Resonanzwirkung.
- bei Schluckstörungen Aufbau, Verbesserung, Korrektur, Kompensation des krankheitsbedingt eingeschränkten Funktionsmechanismus der oralen Nahrungsaufnahme oder der orofazialen Muskulatur.
- Beseitigung psychosozialer Hemmungsfaktoren bzgl. der gesunden Stimmfunktion oder der rehabilitierten Stimmfunktion einschließlich restituierender Verfahren
- Aufbau einer Ersatzstimme
- Förderung Ersatzstimme, auch unter Nutzung eines zielgerichteten Hilfsmiteleinsatzes

Therapeutische Ziele

Verbesserung der Stimmqualität, der stimmlichen Belastbarkeit und der Atmung, Vermittlung eines ökonomischen Stimmgebrauchs, Anbahnung und Aufbau einer funktionsfähigen und belastbaren Ersatzstimmfunktion sowie Wiederherstellung der alltagsrelevanten Kommunikationsfähigkeit des Patienten.

Verbesserung bzw. Normalisierung des Schluckaktes, ggf. Erarbeitung von Kompensationsstrategien sowie Ermöglichung der oralen Nahrungsaufnahme.

Leistung

Zur Leistung zählen insbesondere die Vermittlung und Anwendung von Techniken zur Beeinflussung

- der Wahrnehmung (auditiv, kinästhetisch, taktil, visuell)
- der Atmung (Ökonomisierung der Atmung, Rhythmisierung der Atmung).
- von Haltung und Tonus (Tonusregulierung und Harmonisierung der Spannungsverhältnisse aller an der Stimmgebung beteiligten Strukturen)
- der Sprech- / Schluckmotorik (Lippen- und Zungenmotorik sowie der Velumfunktion, gezielte, ggf. dosierte Applikation von Kältereizen)
- der Artikulation / Lautbildung
- der Phonation / Stimmgebung (Aufbau einer belastbaren Sprech- und Rufstimme)
- einer störungsspezifischen Krankheitsverarbeitung (Akzeptanz der Störung, Entwicklung einer individuellen Lernstrategie, Beseitigung psychosozialer Hemmungsfaktoren bzgl. der gesunden Stimmfunktion)
- der Kommunikationsfähigkeit (Förderung einer situationsangemessenen Intention, Vorbereitung auf alltägliche Anforderungen unterschiedlicher kommunikativer, psychischer, inhalts- und wirkungsbezogener Situationen, auch unter Nutzung der zur Verfügung stehenden Hilfsmittel)
- der Phonation
- der Lernvorgänge und der Wahrnehmung (ggf. zielgerichteter Einsatz von z. B. Musikinstrumenten oder Videotechnik in der Einzel- oder Gruppentherapie zur Unterstützung der Therapie)
- der Stimmhygiene sowie
- die Anleitung und Beratung der Eltern, Angehörigen und Pflegepersonen zur Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme

Regelbehandlungszeit:

Einzelbehandlung:

30 Minuten
45 Minuten
60 Minuten

Gruppenbehandlung

45 Minuten
90 Minuten

Sprechtherapie

Definition

Sprechstörungen sind zentral oder peripher bedingt und weisen Schädigungen, Funktions- und Fähigkeitsstörungen der Ausführung der Artikulation bzw. des Sprechablaufes auf.

Die Sprechtherapie dient der Wiederherstellung, Besserung und dem Erhalt der koordinierten motorischen und sensorischen Sprechleistung sowie des Schluckvorganges.

Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zur gezielten Anbahnung und Förderung der Artikulation, der Sprechgeschwindigkeit und der koordinativen Leistung von motorischer und sensorischer Sprachregion, des Sprechapparates, der Atmung, der Stimme sowie des Schluckvorganges, ggf. unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes in das Therapiekonzept.

Die Leistung wird als Einzel- oder Gruppentherapie (Zweitertherapie oder Gruppe mit 3-5 Patienten) erbracht. Voraussetzung für die Gruppenbehandlung ist die Feststellung von sozialen, kognitiven und motorischen Grundvoraussetzungen für die Gruppenfähigkeit. Zum Einsatz kommt die Gruppenbehandlung insbesondere dann, wenn neben den Störungen auch sozioemotionale Voraussetzungen vorliegen, die eine Gruppenbehandlung medizinisch ermöglichen. Die Gruppentherapie ist insbesondere dann sinnvoll, wenn sie einer Einzeltherapie hinsichtlich des Behandlungsergebnisses überlegen sein könnte oder diese sinnvoll ergänzt.

Indikationen:

Schädigungen/Funktionsstörungen	Diagnosengruppen
Störungen	
- in der Laut- und Lautverbindungsbildung	Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung
- des orofazialen Muskelgleichgewichts	
- der zentralen phonologischen und expressiv phonetischen, motorischen Musterbildung (außer Entwicklungsstammeln)	Störungen der Artikulation (Dyslalie)
- Stimmgebung	Störungen der Sprechmotorik, und der Sprache (Dysarthrie / Dysarthrophonie / Sprechapraxie)
- Sprechatmung	
- neuralen Steuerungs- und Regelungsmechanismen hinsichtlich der Sprechmotorik (z. B. Schwäche, Verlangsamung, Fehlkoordination, veränderter Muskelto-	Störungen des Redeflusses (Stottern und Poltern)

Schädigungen/Funktionsstörungen	Diagnosengruppen
<ul style="list-style-type: none"> - nus, hyperkinetische Symptome) - der Suprasegmentalen Merkmale (z. B. Prosodie) - der Artikulation - des Redeflusses in Form von <ul style="list-style-type: none"> - Klonischen Laut-, Silben- und Wortwiederholungen - Dehnungen oder tonischen Blockierungen - ausgeprägtem Störungsbewusstsein - Vermeidungsverhalten - mimischen und ganzkörperlichen Mitbewegungen - eines überhasteten und beschleunigten Sprechablaufes - des Stimmklangs (z. B. dumpf, farblos, nasal) - des Sprechens - der Kehlkopf- und Zungenmuskulatur (Hyperfunktion) mit Stimmveränderungen und Atemstörungen - des Schluckaktes (motorisch und sensorisch) in der oralen, pharyngealen und oesophagealen Phase 	<ul style="list-style-type: none"> - Störungen der Stimm- und Sprechfunktion (z.B. Rhinophonie) - Krankhafte Störungen des Schluckaktes - Schädigungen im Kopf-Hals-Bereich

Therapeutische Wirkungen

- Wiederherstellung/Optimierung sensomotorischer, kinästhetischer, auditiver und visueller Bewusstheit/Eigenwahrnehmung
- Aufbau/Wiederherstellung der physiologischen Atmung
- Tonusregulierung der an der Atmung, der Stimmgebung, dem Sprechen und Schlucken beteiligten Muskulatur
- Wiederherstellung/Verbesserung /Erhalt aller am Sprechvorgang beteiligten Muskelfunktionen und ihre Koordination
- Verbesserung der Artikulationsmotorik der am Sprechen beteiligten Organe
- Verbesserung/Normalisierung des Sprechablaufes, Reduzierung unflüssiger Sprechanteile (Aufbau einer bewussten Steuerung und Kontrolle eines flüssigen Sprechablaufes)
- Erhöhung von Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer im sprachlich- kommunikativen Bereich.
- Erreichen von Identifikation/Akzeptanz der individuellen Sprechmuster. Akzeptanz im Umgang mit den Auswirkungen der Sprechbehinderung im Alltag.
- Einsatz von erlernten Strategien zur Bewältigung der Alltagskommunikation.
- Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten durch elektronische Hilfsmittel im Alltag.
- Bei Schluckstörungen: Aufbau, Verbesserung, Korrektur, Kompensation des krankheitsbedingt eingeschränkten Funktionsmechanismus der oralen Nahrungsaufnahme oder der orofazialen Muskulatur.

Therapeutische Ziele

- Verbesserung bzw. Normalisierung der Sprechfähigkeit, auch unter Berücksichtigung des Entwicklungsalters und unter Einbeziehung des sozialen Umfelds.

- Verbesserung bzw. Normalisierung des Sprechvermögens (alltagsrelevante Kommunikation) bzw. Erreichen einer nonverbalen Kommunikationsfähigkeit für die alltagsrelevante Kommunikation des Patienten.
- Verbesserung bzw. Normalisierung des Schluckaktes, ggf. Erarbeitung von Kompensationsstrategien sowie Ermöglichung der oralen Nahrungsaufnahme.

Leistung

Zur Leistung zählen insbesondere die Vermittlung und Anwendung von Techniken zur Beeinflussung

- der Wahrnehmung (auditiv, kinästhetisch, taktil, visuell)
- der Atmung (Ökonomisierung der Atmung, Rhythmisierung der Atmung).
- von Haltung und Tonus (Tonusregulierung und Harmonisierung der Spannungsverhältnisse aller an der Stimmgebung beteiligten Organe)
- der Sprech- / Schluckmotorik (Lippen- und Zungenmotorik sowie der Velumfunktion, gezielte, dosierte Applikation von Kältereizen)
- der Artikulation / Lautbildung
- der störungsspezifischen kognitiven Fähigkeiten (Verbesserung des Gedächtnisses, des Erkennens und des Kombinierens, der Konzentration und der Ausdauer im therapeutischen Kontext)
- des Sprechablaufs (Förderung des flüssigen Sprechens, Abbau von Sprechängsten, Aneignung von Sprechtechniken, Beratung der Bezugspersonen/Eltern)
- der Krankheitsverarbeitung (Beeinflussung der subjektiven Bewertung krankheitsbedingter, psychosozialer Einschränkungen)
- der Kommunikationsfähigkeit (Aufbau und Förderung nonverbaler und verbaler Kommunikationsstrategien, auch unter Nutzung der zur Verfügung stehenden Hilfsmittel, wie z. B. Kommunikationscomputer)
- motorischer Funktionen (gezielte, dosierte Applikation z. B. von Kältereizen auf die betroffenen Regionen als Stimulus zur Anregung des sensorischen Regelkreises)
- der Lernvorgänge und der Wahrnehmung (ggf. zielgerichteter Einsatz von Video- bzw. Computertechnik und Musikinstrumenten in der Einzel- oder Gruppentherapie zur Unterstützung der Therapie) sowie
- die Anleitung und Beratung der Eltern, Angehörigen und Pflegepersonen zur Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme

Regelbehandlungszeit:

Einzelbehandlung

30 Minuten

45 Minuten

60 Minuten

Gruppenbehandlung

45 Minuten

90 Minuten

Sprachtherapie

Definition

Sprachstörungen sind zentral bedingte Schädigungen / Funktions- und/oder Fähigkeitsstörungen, die lexikalische, semantische, morphologische, syntaktische, phonologische und pragmatische Strukturen betreffen.

Die Sprachtherapie dient der Anbahnung/Wiederherstellung, Besserung und dem Erhalt der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten sowie des Schluckvorganges.

Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zur Anbahnung sprachlicher Äußerungen, zum Aufbau und Wiederherstellung des Sprachverständnisses, des Wortschatzes, der Wortfindung, der Grammatik, der Aussprache und der Schaffung (Wiederherstellung) der Kommunikationsfähigkeit und zur Verbesserung und zum Erhalt des Schluckvorganges.

Die Leistung wird als Einzel- oder Gruppentherapie (Zweiertherapie oder Gruppe mit 3-5 Patienten) erbracht. Voraussetzung für die Gruppenbehandlung ist die Feststellung von sozialen, kognitiven und motorischen Grundvoraussetzungen für die Gruppenfähigkeit. Zum Einsatz kommt die Gruppenbehandlung insbesondere dann, wenn neben den Störungen auch sozioemotionale Voraussetzungen vorliegen, die eine Gruppenbehandlung medizinisch ermöglichen. Die Gruppentherapie ist insbesondere dann sinnvoll, wenn sie einer Einzeltherapie hinsichtlich des Behandlungsergebnisses überlegen sein könnte oder diese sinnvoll ergänzt.

Indikationen:

Schädigungen/Funktionsstörungen	Diagnosengruppen
Störungen - des aktiven und passiven Wortschatzes - der Wortfindung - des Satzbaues und der Flexionsformen (Dysgrammatismus) - der Diskrimination, Selektion und Bildung von Sprachlauten - der Motorik und motorischer Koordination bei Respiration, Phonation und Artikulation - der zentralen auditiven Verarbeitung in der Laut- und Lautverbindungsbildung - des orofazialen Muskelgleichgewichts - der zentralen phonologischen und expressiv phonetischen, motorischen Musterbildung (außer Entwicklungsstammeln) - der lautsprachlichen Kommunikation - des Sprachverständnisses - des Schluckaktes (motorisch und sensorisch) in der oralen, pharyngealen und oesophagealen Phase (Aspirationsgefahr)	- Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung - Störungen der auditiven Wahrnehmung - Störungen der Artikulation / Dyslalie - Störungen der Sprache bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit - Störungen der Sprache und des Sprechens nach Abschluss der Sprachentwicklung, (Aphasien / Dysphasien/Dyspraxie) - Störungen der Sprechmotorik, Dysarthrie / Dysarthrophonie / Sprechapraxie - Störungen der Stimm- und Sprechfunktion (z. B. Rhinophonie) - Krankhafte Störungen des Schluckaktes - Schädigungen im Kopf-Hals-Bereich
Erworbene Störungen - des Sprechens - des Lesens - des Rechnens - des Schreibens	

Therapeutische Wirkungen

- Aufbau/Wiederherstellung und Integration sensorischer Eigenwahrnehmung (auditiv, visuell, kinästhetisch, taktil)

- Aufbau/Verbesserung/Wiederherstellung des Sprachverständnisses
- Herstellung/Wiederherstellung des Funktionsablaufes der Sprachproduktion, Aktivierung expressiver Fähigkeiten (Wortfindung, Wortschatz, Aussprache – Phonologie/Phonetik, Grammatik, Pragmatik). Anwendung dieser sprachlichen Fähigkeiten im Alltag.
- Erhöhte Ausdauer und Konzentrationsfähigkeit für expressive und rezeptive Leistungen
- Erwerb einer altersgerechten Kommunikationsfähigkeit (Kinder), bzw. Wiedererwerb oder Erhalt der Kommunikationsfähigkeit unter der Berücksichtigung spezifischen Krankheitsbildes und der Prognose (Erwachsene).
- Bei Schluckstörungen: Aufbau, Verbesserung, Korrektur, Kompensation des krankheitsbedingt eingeschränkten Funktionsmechanismus der oralen Nahrungsaufnahme oder der orofazialen Muskulatur.

Therapeutische Ziele

- Verbesserung bzw. Normalisierung/Wiedererwerb der rezeptiven und expressiven sprachlich-kommunikativen Fähigkeiten, bei Kindern unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes.
- Verbesserung der krankheitsbedingt eingeschränkten sprachlichen Fähigkeiten bzw. Aufbau nonverbaler Kommunikationsfähigkeiten für die alltagsrelevante Kommunikation des Patienten.
- Verbesserung bzw. Normalisierung des Schluckaktes, ggf. Erarbeitung von Kompensationsstrategien sowie Ermöglichung der oralen Nahrungsaufnahme.

Leistung

Zur Leistung zählen insbesondere die Vermittlung und Anwendung von Techniken zur Beeinflussung

- der Wahrnehmung (auditiv, kinästhetisch, taktil, visuell)
- des Sprachverständnisses (Stimulierung der phonologischen und semantischen Diskriminationsfähigkeit des Kurzzeitspeichers, Aufbau von Sprachverständnisstrategien)
- der Sprachproduktion (Aktivierung/ Reaktivierung phonologischer, semantisch-lexikalischer und morphologisch-syntaktischer Prozesse sowie deren motorische Planung und phonetische Realisierung, Erlernen von Korrektur- und Kompensationsstrategien, Transfer der erlernten Fähigkeiten, die einen optimalen Einsatz der expressiven sprachlichen Leistungen in Alltagssituationen ermöglichen)
- kognitiver Fähigkeiten (Verbesserung des Gedächtnisses, der Ausdauer und Konzentration, des Erkennens und des Kombinierens und des Symbolverständnisses für die Sprache)
- der Krankheitsverarbeitung (Beeinflussung der subjektiven Bewertung krankheitsbedingter, psychosozialer Einschränkungen)
- der Kommunikationsfähigkeit (Aufbau und Förderung nonverbaler und verbaler Kommunikationsstrategien, auch unter Nutzung der dem Versicherten zur Verfügung stehenden Hilfsmittel, wie z. B. Kommunikationscomputer)
- motorischer Funktionen (gezielte, dosierte Applikation z. B. von Kältereizen auf die betroffenen Regionen als Stimulus zur Anregung des sensorischen Regelkreises)
- der Lernvorgänge und der Wahrnehmung (zielgerichteter Einsatz von z. B. Musikinstrumenten, Video- bzw. Computertechnik in der Einzel- oder Gruppentherapie zur Unterstützung der Therapie) sowie
- des Lesens, Schreibens und Rechnens (**ausschließlich Wiederherstellung** des Lesens, Schreibens und Rechnens durch Verbesserung der Funktionen in den Bereichen: phonologisches Lexikon, semantisch/ kognitives System, orthographisches und grammatisches System und Umsetzung in graphomotorische Ausführung) sowie

- die Anleitung der Eltern/Angehörigen/Pflegepersonen zur Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme

Regelbehandlungszeit:

Einzelbehandlung

30 Minuten
45 Minuten
60 Minuten

Gruppenbehandlung

45 Minuten
90 Minuten

Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung

Definition:

Die stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung bildet auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung die Voraussetzung, konkrete individuelle Behandlungsziele zu definieren und einen Behandlungsplan zu erstellen. Sie beinhaltet die Anamnese und die Analyse des Umfeldes des Patienten, sowie die Beurteilung seiner aktuellen Reaktionsfähigkeit und Motivation. Es werden störungsbildspezifische Screening und ggf. standardisierte Testverfahren zur differenzierten Erfassung des Störungsbildes durchgeführt. Im Anschluss daran werden die erhobenen Befunde und Daten ausgewertet und auf dieser Grundlage ein Behandlungsplan erstellt. Der Patient bzw. seine Angehörigen werden bezüglich der Funktionsstörung/Schädigung und der möglichen Therapieinhalte und -ziele beraten. Diese Leistungen werden entsprechend dokumentiert.

Leistung:

- Anamnese:
Erfassung und Auswertung anamnestischer Patientendaten wie Störungsbewusstsein, Leidensdruck, Motivation, Reaktionsfähigkeit, Analyse des psychosozialen Umfeldes.
- Durchführung der stimm-, sprech- und/oder sprachtherapeutischen Untersuchung mittels Screening/Testverfahren
- Auswertung der stimm-, sprech- und/oder sprachtherapeutischen Untersuchung
- Erstellung des Behandlungsplanes
- Gespräch mit dem Patienten und/oder der Bezugsperson(en)
Darstellung des Befundes, der Therapiemaßnahmen sowie ggf. der über die Erstuntersuchung hinausgehenden Tests im Rahmen der Therapie.
- Beratung des Patienten bzw. seiner Bezugsperson(en)
- Abstimmung mit anderen Behandlern

Regelzeit:

60 Minuten

Diese Position ist nur bei Behandlungsbeginn im Rahmen der ersten Verordnung einmal zusätzlich ohne gesonderte ärztliche Verordnung abrechenbar und vom Versicherten auf Rückseite der Verordnung unter Angabe des Datums als Erstuntersuchung zu bestätigen.

Am gleichen Tag kann keine therapeutische Behandlung durchgeführt und abgerechnet werden.

Anlage 2 zum Vertrag vom 01.06.2017

zwischen

LOGO Deutschland e. V.

und

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen (vdek) e.V., Askanischer Platz 1,
10963 Berlin

(im Folgenden vdek genannt)

EINRICHTUNGSRICHTLINIEN

Praxisausstattung stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Praxen

1. Allgemeine Anforderungen

- 1.1 Die Praxis/Praxisgemeinschaft muss in sich abgeschlossen und von anderen Praxen sowie privaten Wohn- und gewerblichen Bereichen räumlich getrennt sein.
- 1.2 Die Praxis sollte behindertengerecht zugänglich sein, um insbesondere Gehbehinderten und Behinderten im Rollstuhl einen Zugang ohne fremde Hilfe zu ermöglichen.
- 1.3 Ein Warteraum mit ausreichend Sitzgelegenheiten
- 1.4 Toilette und Handwaschbecken
- 1.5 Verbandskasten für erste Hilfe
- 1.6 Patientendokumentation

2. Räumliche Mindestvoraussetzungen

- 2.1 Für eine stimm-, sprech-, und sprachtherapeutische Praxis ist eine Nutzfläche von mindestens 30 qm nachzuweisen.
- 2.2 Es ist ein Therapieraum mit einer Therapiefläche von mindestens 20 qm vorzuhalten. Jeder weitere Therapieraum muss mindestens 12 qm umfassen.
- 2.3 Die räumlichen Mindestvoraussetzungen sind auf den Zugelassenen ausgerichtet. Für jede weitere gleichzeitig tätige Fachkraft ist ein zusätzlicher Therapieraum von mindestens 12 qm erforderlich. Durchgangsräume mit Zugang zu anderweitig nicht zugänglichen Bereichen der Praxis sind als Therapieraum nur zulässig, wenn sich dahinter kein weiterer Behandlungsbereich, keine anderen öffentlich zugänglichen Räume der Praxis (z. B. Empfangsbereich, Toilette, Wartebereich) oder keine für den Praxisbetrieb während der Therapie erforderlichen Räume befinden.
- 2.4 Die räumlichen Mindestvoraussetzungen sind auf den Zugelassenen ausgerichtet. Für jede weitere gleichzeitig tätige Fachkraft ist ein zusätzlicher Therapieraum von mindestens 12 qm erforderlich. Bei der Ermittlung der erforderlichen Therapiefläche sowie der Anzahl der weiteren Behandlungsräume bei gleichzeitig tätigen Fachkräften ist die Art des Beschäftigungsverhältnisses (abhängige Beschäftigung, freie Mitarbeit usw.) unerheblich.
- 2.5 Die Raumhöhe muss durchgehend mindestens 2,40 m - lichte Höhe - betragen. Alle Räume müssen ausreichend be- und entlüftbar sowie angemessen beheizbar und beleuchtbar sein.

3. Grundausrüstung (Pflichtausstattung)

- 3.1 Artikulationsspiegel
- 3.2 Hilfsmittel zur Entspannungstherapie (z. B. Liege, Matte)
- 3.3 Diagnostikmaterial
- 3.4 therapeutisches Bild- und Spielmaterial
- 3.5 Material zur auditiven, visuellen, taktilen und taktilkinästhetischen Wahrnehmung
- 3.6 technische Vorrichtung zur Aufnahme und Wiedergabe von Stimme und Sprache

4. Zusatzausrüstung

- 4.1 Tasteninstrument
- 4.2 Reizstromgerät (für die Durchführung der Stimmtherapie)
- 4.3 Stimmfeldmeßgerät
- 4.4 Videotechnik (Kamera und Monitor)
- 4.5 Computer für therapeutische Mittel

Sämtliche in der Praxis eingesetzten Geräte müssen den Anforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) in der jeweils gültigen Fassung entsprechen, soweit sie unter die Bestimmungen dieses Gesetzes fallen. Daneben sind die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) sowie sonstige Sicherheitsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung vom Heilmittelerbringer zu beachten.

Anlage 4 zum Vertrag vom 01.06.2017

zwischen

LOGO Deutschland e. V.

und

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen (vdek) e.V., Askanischer Platz 1,
10963 Berlin

(im Folgenden vdek genannt)

F O R T B I L D U N G S V E R P F L I C H T U N G

1. Ziel

Für die Sicherstellung der Qualität der Heilmittelerbringung im jeweiligen Heilmittelbereich ist es notwendig, dass sich alle an der ambulanten Heilmittelversorgung beteiligten Therapeuten in Heilmittelpraxen und Einrichtungen nach § 124 Abs. 3 SGB V zielgerichtet regelmäßig fortbilden. Bisher sehen die Rahmenempfehlungen in § 12 Abs. 3 lediglich eine allgemeine inhaltlich nicht näher definierte Fortbildungspflicht vor. Mit Inkrafttreten des GMG am 1. Januar 2004 wurde die Fortbildung ausdrücklich der Regelungskompetenz der Empfehlungspartner (vgl. § 125 Abs. 1 Ziffer 2 SGB V) zugeordnet. Mit diesem Fortbildungskonzept wird die Fortbildung durch konkrete Rahmenbedingungen strukturiert und eine regelmäßige Fortbildung festgelegt.

Es werden Fortbildungen anerkannt, die die Qualität

- der Behandlung mit den vereinbarten Heilmitteln,
- der Behandlungsergebnisse und
- der Versorgungsabläufe fördern bzw. positiv beeinflussen.

2. Zielgruppe

Die Fortbildungspflicht richtet sich an den Zugelassenen/fachlichen Leiter (nachfolgend Zugelassener genannt).

3. Fortbildungsumfang/Fortbildungspunkte/Übertragung

Es wird ein Punktesystem eingeführt. Ein Fortbildungspunkt (FP) entspricht einer Unterrichtseinheit (UE) von 45 Min. Die Fortbildungsverpflichtung umfasst 60 FP in vier Jahren, davon möglichst 15 Punkte jährlich. Eine Übertragung von Fortbildungspunkten auf einen folgenden Betrachtungszeitraum (vgl. Punkt 4.) ist nicht möglich.

4. Betrachtungszeitraum

Der vierjährige Betrachtungszeitraum bezieht sich immer auf den einzelnen Zugelassenen/ fachlichen Leiter. Der erste Betrachtungszeitraum beginnt am **01.08.2009** für alle zu diesem Zeitpunkt im jeweiligen Heilmittelbereich Zugelassenen bzw. tätige fachliche Leiter. Bei erstmaliger Zulassung oder erstmaliger Aufnahme der Tätigkeit als fachlicher Leiter nach dem **01.08.2009** beginnt der Betrachtungszeitraum mit der Erteilung der Zulassung bzw. mit dem Beginn der Tätigkeit.

Die Fortbildungsverpflichtung ruht auf Antrag gegenüber den zulassenden Stellen

- bei Mutterschutz und Elternzeit sowie
- bei Arbeitsunfähigkeit und Zeiten ohne Zulassung, wenn diese über 3 Monate hinausgehen. Der Betrachtungszeitraum verlängert sich in diesen Fällen um den Ruhezzeitraum. Dem Antrag sind entsprechende Nachweise beizufügen.

6. Als Fortbildung anerkennungsfähige Veranstaltungen

- Jede abgeschlossene Fortbildung (d.h. Seminare, Workshops, Kurse, Vorträge, Qualitätsmanagement-Seminare analog § 125 SGB V i.V.m. § 135 a SGB V und § 13 der Rahmenempfehlung) wird im Umfang der tatsächlich abgeleisteten UE bepunktet und anerkannt, wenn die Fortbildung inhaltlich auf den jeweiligen Heilmittelbereich ausgerichtet ist. Je Fortbildungstag können jedoch maximal 10 FP anerkannt werden. Jede Veranstaltung muss die Qualitätskriterien für Fortbildungen (vgl. Punkt 7) erfüllen.
- Fach-Kongresse werden mit einer pauschalierten Punktzahl von 6 FP je Kongresstag (bzw. 3 FP je halben Kongresstag) anerkannt, wenn im Kongresstitel und in den inhaltlichen Vorträgen ein eindeutiger Bezug auf den jeweiligen Heilmittelbereich erfolgt. Fach-Kongresse können nur dann angerechnet werden, wenn sie ein geregeltes Review-Verfahren für die Auswahl der Vorträge und Referentendurchführen. Es können maximal 21 FP im vierjährigen Betrachtungszeitraum durch die Teilnahme an Fach-Kongressen erworben werden.
- Berufsbezogene Studiengänge, die inhaltlich auf den jeweiligen Heilmittelbereich ausgerichtet sind, werden mit 15 FP je Studienjahr, jedoch höchstens 45 FP im Betrachtungszeitraum auf die Fortbildungsverpflichtung angerechnet.
- Bei umfangreicheren Fortbildungen (z.B. Zertifikatspositionen) werden in sich abgeschlossene Fortbildungsteile (Kurse) auf den Betrachtungszeitraum angerechnet, in den sie zeitlich fallen.

7. Nicht als Fortbildung anerkennungsfähige Veranstaltungen

- Fortbildungen zur Verbesserung der Praxisabläufe und Praxisorganisation
- Selbststudium
- E-Learning/IT-Fortbildungen (Informationstechniken), EDV
- Referenten-/Dozententätigkeit
- praxisinterne Fortbildungen
- Fortbildungen zu Methoden, die in der Anlage der jeweils gültigen Heilmittel-Richtlinien ausdrücklich ausgeschlossen sind
- Mitgliederversammlungen und Gremiensitzungen
- Messe- und Ausstellungsbesuche/Messeveranstaltungen
- Allgemeine Persönlichkeitsschulungen
- Praxisgründungsseminare
- Veranstaltungen zu Marketing, Steuerfragen oder juristischen Themen
- Seminare zu Abrechnungsfragen oder -verbesserungen

7. Qualitätskriterien für Fortbildungen

7.1 Qualitätsmerkmale für Dozenten

Dozenten der Fortbildungen müssen folgende Anforderungen erfüllen:

- eine abgeschlossene Ausbildung als Heilmittelerbringer im Sinne der Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V und eine mindestens 2-jährige vollzeitige therapeutische Berufserfahrung besitzen oder
- eine abgeschlossene Ausbildung in einem benachbarten Fachgebiet (Medizin, Psychologie, Pädagogik, Linguistik, Neuro-, Sozial-, Rehabilitations-, Gesundheits- und Sportwissenschaft und ähnliche) oder eine für die Fortbildung geeignete andere Berufsqualifikation und dort eine mindestens zweijährige vollzeitige Berufserfahrung in ihrem Fachgebiet besitzen oder
- eine wissenschaftliche Tätigkeit im Heilmittelbereich oder in einem der o.g. Fachgebiete.

7.2 Qualitätsmerkmale für die Fortbildungsinhalte

- Vermittlung von aktuellen Erkenntnissen der eigenen Disziplin bzw. aus den Fachgebieten (vgl. 7.1) mit Bezug zum jeweiligen Heilmittelbereich oder
- Vermittlung aktueller Diagnostik- oder Therapieverfahren für ein spezifisches Störungsbild. Die zu vermittelnden Verfahren oder ihre Grundlagen müssen schriftlich dargelegt sein; dabei muss der Begründungszusammenhang auf die aktuellen Erkenntnisse der o. g. Basisdisziplinen Bezug nehmen. Die Dozenten müssen die Aktualität der Fortbildungsinhalte (insbesondere durch eine aussagefähige Literaturliste) und mindestens ein Jahr eigene Erfahrungen im Bereich der Fortbildungsinhalte (z.B. durch entsprechende Zeugnisse oder Bescheinigungen) nachweisen können.

8. Teilnahmebescheinigung

Die Ausgabe der Teilnahmebescheinigung mit Ausweis der UE und der FP erfolgt ausschließlich durch den Veranstalter.

9. Dokumentation

Der Veranstalter hat für alle Veranstaltungen Teilnehmer- und Dozentenlisten zu führen. Diese sind zusammen mit den qualitätsbegründenden Unterlagen (vgl. Punkt 7) 60 Monate aufzubewahren.

10. Evaluation

Die Evaluation der Veranstaltung erfolgt anonymisiert durch die Teilnehmer mit einem Evaluationsbogen. Dieser ist 60 Monate nach Ende der Veranstaltung aufzubewahren.

11. Nachweis

Die Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung ist durch den Zugelassenen gegenüber den Zulassungsstellen durch Vorlage der Teilnahmebescheinigung nach Ziffer 8 nachzuweisen. Ein Nachweis der gesammelten Fortbildungspunkte erfolgt auf Anforderung der zulassenden Stelle.

12. Übergangsregelung

Fortbildungsveranstaltungen werden kontinuierlich durchgeführt. Dem Rechnung tragend werden nach dem **31.12.2007** begonnene Fortbildungen auf den Betrachtungszeitraum ab 01.08.2009 angerechnet, soweit die Anforderungen an die Fortbildung erfüllt werden.

Anlage 5 zum Vertrag vom 01.06.2017

zwischen

LOGO Deutschland e. V.

und

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen (vdek) e.V., Askanischer Platz 1,
10963 Berlin

(im Folgenden vdek genannt)

PRÜFVEREINBARUNG ZUR FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG

Regelungsgegenstand

Diese Prüfvereinbarung regelt in Ergänzung zu den Festlegungen in § 4 Ziff. 8 – 10 und der Anlage 4 des Rahmenvertrages die nähere Verfahrensweise in Fällen, in denen die Nachweispflicht innerhalb des Betrachtungszeitraums zu absolvierenden Fortbildungen nicht oder nur unzureichend nachgewiesen wurden.

Verpflichtung zur Fortbildung

Ist der Zugelassene nicht zugleich fachlicher Leiter der Praxis (z.B. im Falle einer juristischen Person als Träger der Praxis, oder bei Zweitpraxen), ist der Zugelassene verpflichtet, auf Anforderung seines Berufsverbandes oder der LV innerhalb eines Monats den erforderlichen Fortbildungsnachweis für seinen angestellten fachlichen Leiter zu erbringen.

I – Widerspruchsverfahren gegen die vollständig oder teilweise Ablehnung einer Fortbildung durch den vdek – Fortbildungsausschuss

Jeder Zugelassene ist berechtigt, gegen die vollständig oder teilweise erfolgte Nicht-Anerkennung einer Maßnahme als Fortbildung im Sinne dieser Vereinbarung seitens des vdek Widerspruch innerhalb eines Monats nach Zugang der Entscheidung einzulegen. Der Widerspruch ist unter genauer Bezeichnung der Fortbildung und ihres inhaltlichen und zeitlichen Umfangs zu begründen. Der Widerspruch hat aufschiebende Wirkung, insbesondere auch hinsichtlich etwaiger Vergütungsabschlüsse.

Über den Widerspruch entscheidet der von den Vertragspartnern gebildete Fortbildungsausschuss. Der Fortbildungsausschuss hat seinen Sitz beim vdek, Askanischer Platz in 10963 Berlin

· Zusammensetzung und Stimmverhältnis

Der Fortbildungsausschuss setzt sich aus Vertretern des vdek einerseits und Vertretern der Berufsverbände andererseits paritätisch zusammen. Der vdek und die Berufsverbände bilden jeweils eine Vertragspartnerseite. Die entsandten Vertreter sind entweder als Mitglied oder als dessen Stellvertreter benannt (Stimmberechtigte). Für jedes Mitglied kann ein Stellvertreter benannt werden. Die Gesamtanzahl der Stimmberechtigten im Fortbildungsausschuss ist auf sechs begrenzt. Jede Vertragspartnerseite verfügt über drei Stimmen.

Die Mitglieder und deren Stellvertreter im Fortbildungsausschuss werden von dem jeweils entsendenden Vertragspartner gegenüber dem vdek benannt, der hierüber ein Verzeichnis führt, das den Parteien zur Verfügung gestellt wird. Sowohl das Mitglied als auch sein Stellvertreter können an den gemeinsamen Sitzungen/Beratungen teilnehmen.

· Verfahren

Der vdek am Sitz des Fortbildungsausschusses leitet Widersprüche einschließlich deren Begründungen an die Mitglieder des Fortbildungsausschusses innerhalb von 14 Werktagen zur Abstimmung weiter. Eine solche Abstimmung erfolgt entweder im Rahmen einer Zusammenkunft am Sitz des Fortbildungsausschusses oder im schriftlichen Verfahren, auch per Mailverfahren. In geeigneten Fällen kann zur Vorbereitung einer schriftlichen Abstimmung die Durchführung einer Telefonkonferenz erwogen werden. Der Fortbildungsausschuss ist beschlussfähig, wenn mindestens zwei Vertreter jeder Vertragspartnerseite anwesend sind beziehungsweise mindestens zwei Stimmberechtigte innerhalb von 14 Tagen nach Einleitung der schriftlichen Abstimmung ihre Stimme schriftlich abgegeben haben. Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Posteingangs am Sitz des Fortbildungsausschusses. Der Fortbildungsausschuss beschließt mit einfacher Mehrheit. Bei Stimmgleichheit wird dem Widerspruch statt gegeben.

Der vdek informiert die Stimmberechtigten schriftlich (kann auch via E-Mail erfolgen) über das Ergebnis unter Angabe des Stimmverhältnisses.

· **Nachfrist bei abgelehntem Widerspruch**

Wird der Widerspruch eines Zugelassenen gegen die Entscheidung des vdek über die vollständig oder teilweise Nicht-Anerkennung einer absolvierten Fortbildung zurückgewiesen, setzt ihm die Landesvertretung des vdek eine Nachfrist von sechs Monaten, innerhalb derer die fehlenden Fortbildungspunkte ausgeglichen werden können. Weist der Zugelassene die fehlenden Fortbildungspunkte nicht innerhalb der Nachfrist nach, können die Ersatzkassen die Vergütung nach Ablauf der Nachfrist bis zur Vorlage des Nachweises über die erforderliche Fortbildung um pauschal 7,5 % des Rechnungsbetrages kürzen, nach einem halben Jahr verdoppelt sich dieser v.H.-Satz.

II - Nicht bzw. nicht vollständig nachgewiesene Fortbildungspunkte

Wird die notwendige Anzahl an Fortbildungspunkten seitens des Zugelassenen trotz Aufforderung seitens der LV nicht nachgewiesen, kommt § 4 Abs. 8 - 10 des Rahmenvertrages unmittelbar zur Anwendung, d. h. dem Zugelassenen wird seitens der LV eine Nachfrist von 12 Monaten gesetzt, innerhalb derer die fehlenden Fortbildungspunkte ausgeglichen werden können. Vom Beginn der Frist an können die Ersatzkassen die Vergütung bis zur Vorlage des Nachweises über die erforderliche Fortbildung um pauschal 7,5 % des Rechnungsbetrages kürzen, nach einem halben Jahr verdoppelt sich dieser v.H.-Satz. Dieser gilt bei Wiederholungsfällen in der Heilmittelpraxis von Beginn an.

Anlage 6 zum Vertrag vom 01.06.2017

zwischen

LOGO Deutschland e. V.

und

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen (vdek) e.V., Askanischer Platz 1,
10963 Berlin

(im Folgenden vdek genannt)

NOTWENDIGE ANGABEN AUF DER HEILMITTELVERORDNUNG

1. Ziel der Arbeitshilfe

Die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V ist gemäß § 91 Abs. 6 SGB V für Ärzte, Krankenkassen, Versicherte und Heilmittelleistungserbringer gleichermaßen verbindlich.

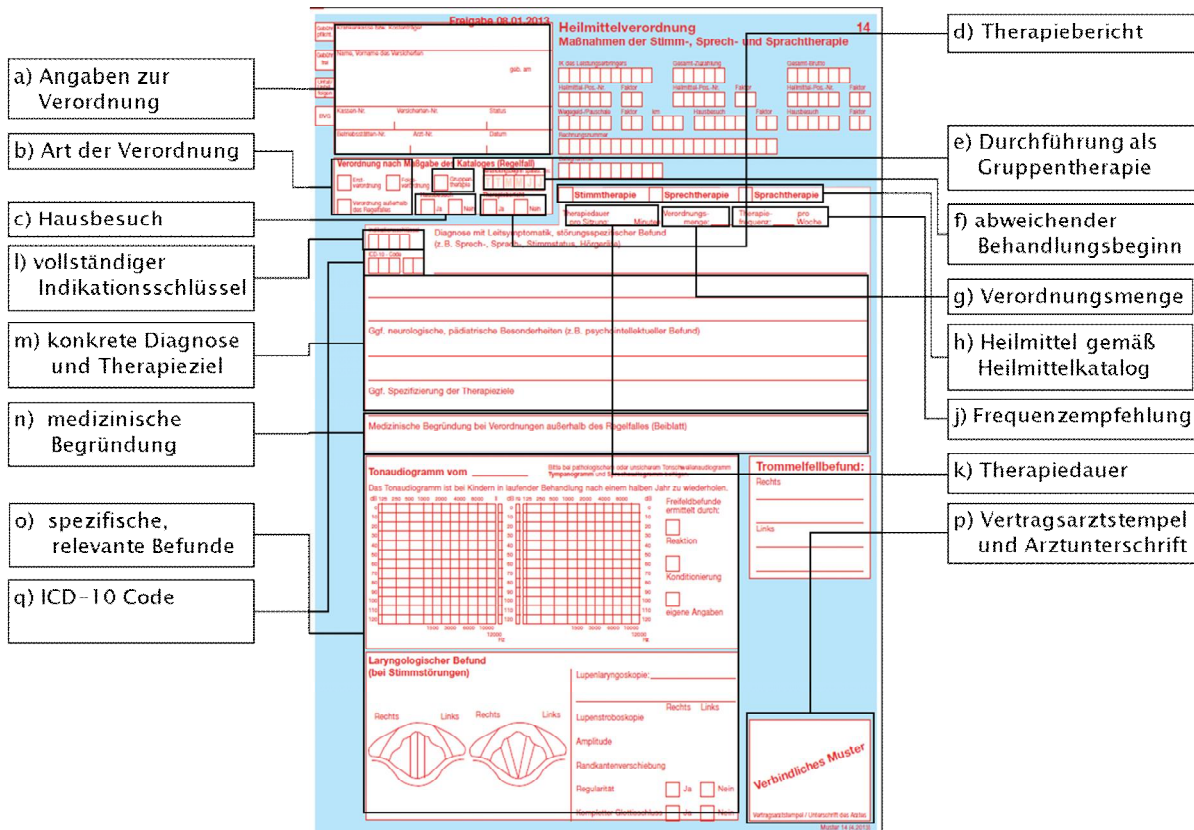
In der Vergangenheit ist es mehrfach zu unterschiedlichen Auslegungen der HeilM-RL hinsichtlich der notwendigen Angaben auf einer Verordnung gekommen. Diese Arbeitshilfe soll einen Überblick über die bestehenden Formerfordernisse für Heilmittelverordnungen bei Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie geben und zu einer einheitlichen Auslegung der HeilM-RL beitragen.

Die ansonsten im Rahmen der Richtlinie nach § 302 SGB V bestehenden oder in Verträgen nach § 125 Abs. 2 SGB V vereinbarten Regelungen zur Abrechnung sind ergänzend zu beachten.

2. Formerfordernis – Verordnung nur auf vereinbarten Vordrucken

Heilmittel dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 13 Abs. 1 HeilM-RL ausschließlich auf vereinbarten Vordrucken gemäß des Bundesmantelvertrags Ärzte/Ersatzkassen verordnet werden. Der Verordnungsvordruck ist in Anlage 2 (Blankoformularbedruckung) des Bundesmantelvertrages und in den Vordruckerläuterungen näher beschrieben. Für die Verordnung von Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie ist Verordnungsmuster 14 (Blankoformularbedruckung) vorgesehen.

3. Formerfordernis – Bedruckung/Beschriftung von Verordnungen durch den Arzt
 Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Behandlungen dürfen nach § 16 Abs. 1 HeilM-RL nur durchgeführt werden, wenn der Arzt die nach § 13 Abs. 2 HeilM-RL erforderlichen Angaben auf dem Verordnungsvordruck aufgetragen und die Verordnung unterschrieben hat. Die erforderlichen Angaben nach § 13 Abs. 2 HeilM-RL sind im Folgenden dargestellt. Für weitere Änderungen und Ergänzungen der Verordnung sind die Heilmittel-Richtlinie, § 18 der Rahmenempfehlung sowie die Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V maßgeblich.



Erläuterung zur Art der Angabe:

Pflichtangabe (Muss-Feld): als Pflichtangabe gekennzeichnete Felder müssen ausgefüllt sein

Optionale Angabe (Kann-Feld): als optionale Angabe gekennzeichnete Felder können ausgefüllt sein

Optionale Pflichtangabe (Soll-Feld): als optionale Pflichtangabe gekennzeichnete Felder sollen ausgefüllt sein; soweit Angaben fehlen beschreibt diese Arbeitshilfe das Weitere

Angaben gemäß § 13 Abs. 2 HeiIM-RL und mögliche Ausprägungen:

a): Angaben zur Verordnung nach Maßgabe des Verordnungsvordrucks

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Angaben zum Patienten ¹ , zur Krankenkasse und zum verordnenden Arzt

b): Art der Verordnung (Erstverordnung, Folgeverordnung oder Verordnung außerhalb des Regelfalls)

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Charakterisiert die Verordnung als Erst- oder Folgeverordnung oder als Verordnung außerhalb des Regelfalls. Ist die Angabe auf der Verordnung für den Heilmittelerbringer erkennbar falsch, korrigiert er diesen Fehler auf der Verordnung und informiert hierüber den verordnenden Arzt. Die Änderung ist vom Therapeuten auf der Verordnung zu dokumentieren. Soweit sich durch die Korrektur Auswirkungen auf die maximale Verordnungsmenge ergeben, gilt lit. g).

c): Hausbesuch (ja oder nein)

Art der Angabe	Optionale Pflichtangabe
Erläuterung	Die Verordnung eines Hausbesuches ist nach § 11 Abs. 2 HeiIM-RL nur dann zulässig, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn er aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. Ein Hausbesuch kann nur erfolgen, wenn das Feld „Ja“ angekreuzt ist. Ist das Feld „Nein“ angekreuzt oder fehlt die Angabe, ist die Abrechnung eines Hausbesuches nicht möglich; die Gültigkeit der Verordnung ist nicht berührt.

d): Therapiebericht (ja oder nein)

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Ein Therapiebericht gilt als ärztlich angefordert, wenn das Feld „Ja“ angekreuzt ist. Ist das Feld „Nein“ angekreuzt oder fehlt die Angabe, ist die Erstellung eines Therapieberichtes nicht erforderlich und die Abrechnung nicht möglich.

e): Durchführung der Therapie als Einzel- oder Gruppentherapie

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Der Arzt kann durch entsprechende Kennzeichnung Gruppentherapie verordnen. Hat der Arzt Gruppentherapie verordnet und kann die Maßnahme nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat der Therapeut den Arzt zu informieren und die Änderung auf dem Verordnungsvordruck zu begründen.

¹ In der vorliegenden Vereinbarung dient die männliche Form zur Bezeichnung beider Geschlechter.

f): ggf. der späteste Zeitpunkt des Behandlungsbeginns, soweit abweichend von § 15 HeilM-RL notwendig

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	<p>Die stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Behandlung soll innerhalb von 14 Kalendertagen nach dem Ausstellungsdatum der Verordnung begonnen werden. Soweit ein von § 15 HeilM-RL abweichender Behandlungsbeginn erforderlich ist, kann hier vom Arzt ein konkreter Zeitpunkt für den spätesten Behandlungsbeginn angegeben werden.</p> <p>Soweit die Aufnahme einer Behandlung aus medizinischen Gründen kurzfristig dringend erforderlich ist, kann der Arzt hier durch die Angabe eines konkreten Zeitpunkts für den spätesten Behandlungsbeginn die Beginnfrist verkürzen.</p> <p>Im Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie kann es bei Aufnahme einer neuen Therapie aus organisatorischen Gründen erforderlich sein, die Beginnfrist auch über den in § 15 HeilM-RL genannten Zeitraum hinaus zu verlängern. Insofern kann der Arzt in diesem Fall ausnahmsweise auch einen späteren Behandlungsbeginn angeben und die Beginnfrist verlängern. Ferner kann im begründeten Ausnahmefall auch einvernehmlich zwischen Vertragsarzt und Heilmittelerbringer eine abweichende Regelung getroffen werden, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert. Die einvernehmliche Änderung ist vom Heilmittelerbringer auf dem Verordnungsblatt zu begründen und zu dokumentieren.</p>

g): Verordnungsmenge

Art der Angabe	Pflichtangabe
	<p>Entsprechend des zweiten Teils der HeilM-RL (Heilmittelkatalog) sind in der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie je nach Indikation innerhalb des Regelfalls höchstens folgende Verordnungsmengen zulässig:</p> <ul style="list-style-type: none"> Erstverordnung: bis zu 10 x je Verordnung Folgeberordnungen: bis zu 10 x je Verordnung (bei den Diagnosegruppen SP4, SP5 und SP6 ausnahmsweise bis zu 20 x je Verordnung) <p>Sofern der Arzt die Verordnungshöchstmengen überschreitet, kann der Therapeut dennoch maximal so viele Therapieeinheiten abrechnen, wie für Erst- bzw. Folgeberordnung nach der HeilM-RL zulässig sind. Die Veranlassung einer Änderung der Verordnung ist nicht zwingend erforderlich. Soweit eine Änderung erfolgt, ist diese vom Therapeuten auf der Verordnung kenntlich zu machen.</p> <p>Bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls sind die maximalen Verordnungsmengen des Regelfalls nicht zwingend anzuwenden (vgl. § 8 Abs. 1 Satz 3 HeilM-RL). Die Verordnungsmenge ist abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb einer Zeitspanne von 12 Wochen</p>

	nach der Verordnung gewährleistet ist (vgl. § 8 Abs. 1 Satz 4 HeilM-RL).
--	--

h): das/ die Heilmittel gemäß dem Katalog

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	<p>Der Heilmittelkatalog der HeilM-RL umfasst folgende stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Behandlungen:</p> <p style="padding-left: 40px;">Stimmtherapie Sprechtherapie Sprachtherapie</p> <p>Abhängig vom Indikationsschlüssel können stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Maßnahmen sowohl einzeln als auch in Kombination zum Einsatz kommen, wobei die einzelnen Elemente innerhalb der Therapie nicht in jedem Fall vollständig voneinander abgrenzbar sind. Eine Angabe durch den verordnenden Arzt ist daher nicht zwingend, nicht zuletzt auch, weil sich die konkreten stimm-, sprech- und sprachtherapeutischen Maßnahmen aus dem Indikationsschlüssel (lit. l) ergeben. Angaben zur Therapiedauer pro Sitzung (lit. k), zur Verordnungsmenge (lit. g) und Therapiefrequenz pro Woche (lit. j) sind jedoch zwingend vom Arzt vorzugeben.</p>

i): ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel

Art der Angabe	Entfällt
Erläuterung	Ergänzende Angaben zum Heilmittel sind bei der Verordnung von Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie nicht zwingend erforderlich.

j): Frequenzangabe

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	<p>Sind auf dem Verordnungsvordruck Angaben zur Frequenz der Heilmittelbehandlung gemacht, ist eine Abweichung davon nur zulässig, wenn zuvor zwischen dem Vertragsarzt und dem Therapeuten ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.</p> <p>Sind auf der Verordnung keine Angaben zur Frequenz gemacht, ist die Frequenzempfehlung des Heilmittelkataloges verbindlich anzuwenden.</p> <p>Grundsätzlich sollen Heilmittel je Behandlungstag nur einmal abgegeben werden. In Ausnahmefällen kann eine Doppelbehandlung in Abstimmung mit dem Arzt durchgeführt werden. Mehrfache Therapien pro Tag sind der jeweiligen Krankenkasse gesondert zur Genehmigung vorzulegen. Dies gilt nicht für Verordnungen der Diagnosegruppe ST3 (Psychogene Erkrankungen der Stimme – Aphonie).</p>

k) die Therapiedauer pro Sitzung

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	<p>Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sind auf Grundlage des Indikationsschlüssels und in Abhängigkeit vom Störungsbild und der Belastbarkeit des Patienten als 30-, 45- und 60-minütige Behandlung mit dem Patienten verordnungsfähig. Die zulässige Therapiedauer ist indikationsbezogen im Heilmittelkatalog hinterlegt. Der Arzt hat die Therapiedauer pro Sitzung stets anzugeben. Eine Ergänzung oder Änderung der Therapiedauer ist nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt möglich. Änderungen oder Ergänzungen sind vom Arzt mit Datum und Unterschrift zu versehen.</p> <p>Bei einer Verordnung ohne Angabe der Therapiedauer kann der Therapeut die kürzeste Therapiedauer nach der HeilM-RL abrechnen, ohne dass dies vom Arzt mit Datum und Unterschrift zu versehen ist.</p>

l): Diagnosegruppe

Art der Angabe	Pflichtangabe																										
Erläuterung	<p>Für die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie ist die Diagnosegruppe bzw. der Indikationsschlüssel lt. HeilM-RL anzugeben.</p> <p>Besonderheit Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie: Fehlt die Angabe der Diagnosegruppe bzw. des Indikationsschlüssels oder ist diese fehlerhaft und ergibt sich diese eindeutig aus den weiteren Angaben, ist der Leistungserbringer nach Rücksprache mit dem Arzt berechtigt, diesen zu ergänzen. Die einvernehmlich vorgenommene Ergänzung ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsblatt mit Datum und Handzeichen zu versehen und zu dokumentieren. (Formulierung entspricht § 7 Abs. 2a S. 4)</p> <p>Bei Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie ergibt sich die Leitsymptomatik nicht aus der Diagnosegruppe bzw. dem Indikationsschlüssel und ist daher stets gesondert anzugeben (vgl. lit. m).</p> <p style="text-align: center;">Diagnosegruppen bzw. Indikationsschlüssel</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="border-bottom: 1px solid black;">gültige</th> <th style="border-bottom: 1px solid black;">ungültige (beispielhaft)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ST1</td><td>ST</td></tr> <tr><td>ST2</td><td>ST5</td></tr> <tr><td>ST3</td><td>SF1</td></tr> <tr><td>ST4</td><td>A</td></tr> <tr><td>SP1</td><td></td></tr> <tr><td>SP2</td><td></td></tr> <tr><td>SP3</td><td></td></tr> <tr><td>SP4</td><td></td></tr> <tr><td>SP5</td><td></td></tr> <tr><td>SP6</td><td></td></tr> <tr><td>RE1</td><td></td></tr> <tr><td>RE2</td><td></td></tr> </tbody> </table>	gültige	ungültige (beispielhaft)	ST1	ST	ST2	ST5	ST3	SF1	ST4	A	SP1		SP2		SP3		SP4		SP5		SP6		RE1		RE2	
gültige	ungültige (beispielhaft)																										
ST1	ST																										
ST2	ST5																										
ST3	SF1																										
ST4	A																										
SP1																											
SP2																											
SP3																											
SP4																											
SP5																											
SP6																											
RE1																											
RE2																											

	SF SC1 SC2	
--	------------------	--

m¹): konkrete Diagnose mit Therapieziel(en) nach Maßgabe des jeweiligen Heilmittelkataloges. Für die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie ist zudem die Leitsymptomatik nach Maßgabe des Heilmittelkataloges anzugeben. Die Therapieziele sind nur anzugeben, wenn sie sich nicht aus der Angabe der Diagnose und Leitsymptomatik ergeben.

Feld	Diagnose ggf. mit Leitsymptomatik, störungsspezifischer Befund
Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	<p>Beispiele für gültige Diagnosen nach der HeiM-RL:</p> <p>Stimmlosigkeit (Aphonie) wegen Zustand nach Laryngektomie. (Beispiel bei ST1)</p> <p>Störungen der Laut- und Lautverbindungsbildung wegen Dyslalie aufgrund von orofazialen Störungen. (Beispiel bei SP3)</p> <p>Störungen des Redeflusses in Form von klonischen Laut-, Silben- und Wortwiederholungen (Stottern) aufgrund von hirnnorganischen Ursachen. (Beispiel bei RE1)</p> <p>Störung in Form verwaschener Sprache wegen entzündlich bedingter Rhinophonie. (Beispiel bei SF)</p> <p>Krankhafte Störungen des Schluckaktes in der oralen, pharyngealen und oesophagealen Phase (Dysphagie) aufgrund von cerebralen Durchblutungsstörungen (Beispiel bei SC1)</p> <p>Die Formulierungen in der HeiM-RL sind beispielhaft. Ihre Aufzählung ist nicht abschließend. Andere Diagnoseformulierungen sind möglich, soweit sie für die Beteiligten aus fachlicher Sicht verständlich sind.</p> <p>Neben den Diagnosen und Leitsymptomatiken können hier auch störungsspezifische Befunde (z. B. der Sprech-, Sprach- oder Stimmstatus oder Angaben zur Hörgeräteversorgung) gemacht werden.</p>

Feld	Ggf. Spezifizierung der Therapieziele
Art der Angabe	optionale Angabe
Erläuterung	<p>Die Angabe eines Therapieziels ist aufgrund der anzugebenden Leitsymptomatik nicht zwingend erforderlich. Die Therapieziele sind nur anzugeben, wenn sie sich nicht aus der Angabe der Diagnose und Leitsymptomatik ergeben. Soweit ein Therapieziel angegeben ist, muss dieses jedoch zur Indikationsstellung passen.</p> <p>Beispiel für Indikation ST1 (Stimmstörungen): Verbesserung der Stimmqualität und der stimmlichen Belastbarkeit.</p> <p>Beispiel für Indikation SP1 (Sprachstörungen): Verbes-</p>

	serung bzw. Normalisierung der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten.
--	---

m²): ergänzende Hinweise (z.B. Befunde, Vor- und Begleiterkrankungen).

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Der Arzt kann, soweit für die Stimm- Sprech- und Sprachtherapie erforderlich, neben den zwingend erforderlichen Befunden (vgl. lit. o) ergänzende Hinweise an den Therapeuten übermitteln.

n) medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls

Art der Angabe	Optionale Pflichtangabe
Erläuterung	Lässt sich die Behandlung mit der nach Maßgabe des Heilmittelkataloges bestimmten Gesamtverordnungsmenge nicht abschließen, sind weitere Verordnungen (sog. Verordnungen außerhalb des Regelfalls) möglich. Solche Verordnungen bedürfen einer besonderen Begründung mit prognostischer Einschätzung. Reicht der vorhandene Platz für die ärztliche Begründung nicht aus, ist ein Beiblatt zu verwenden.

o) spezifische für die Heilmitteltherapie relevante Befunde

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Die therapierelevanten Befundergebnisse sind jeweils auf dem Verordnungsvordruck anzugeben. Der Heilmittelverordnungs-vordruck erlaubt spezifische Eintragungen zum Tonaudiogramm Trommelfellbefund Laryngologischer Befund. Weitere störungsspezifische Befundergebnisse können in den Freitextzeilen im Feld „Diagnose mit Leitsymptomatik“ (lit. m ²) im Feld „ggf. neurologische, pädiatrische Besonderheiten“ angegeben werden.

p): Vertragsarztstempel und -unterschrift

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Eine Verordnung ist nur gültig, wenn sie vom Arzt unterschrieben und mit einem Arztstempel versehen ist.

q): ICD-Code der Diagnose

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Zur Umsetzung der Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V trägt der Vertragsarzt den therapierelevanten ICD10-Code auf.