

# **Vertrag gemäß § 125 Abs. 2 SGB V**

Zwischen

dem **Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen  
Lehrervereinigung Schlaaffhorst-Andersen e. V. (dba)**

dem **Deutschen Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl)**

dem **Deutschen Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V. (dbs)**

- nachstehend Berufsverbände genannt -

einerseits

und

der **AOK NORDWEST**

dem **BKK-Landesverband NORDWEST**

der **IKK classic**

der **Knappschaft**

- nachstehend Landesverbände der Krankenkassen genannt -

andererseits

wird für die Region Westfalen-Lippe folgender Vertrag gemäß § 125 Abs. 2 SGB V  
geschlossen:

## Präambel

Dieser Vertrag wird auf der Grundlage der Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln nach § 125 Abs. 1 SGB V in der Fassung vom 25.09.2006 für den Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie geschlossen und geht vom Grundsatz vertrauensvoller Zusammenarbeit aus. Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages zu sorgen. Zweifelsfragen, die sich aus der Anwendung dieses Vertrages ergeben, werden von den Vertragspartnern möglichst gemeinsam geklärt.

## § 1

### Vertragsgegenstand und Geltungsbereich

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Erbringung und Vergütung atem-, stimm-, sprech- und sprachtherapeutischer Leistungen bei Störungen der Stimme, der Atmung, der Sprache, des Redeflusses, der Stimm- und Sprechfunktion, des Hörens sowie des Schluckaktes für die Versicherten der Krankenkassen. Die Anforderungen

- der Heilmittel-Richtlinie (<http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/>), sowie
- der Richtlinien nach § 302 SGB V für die Abrechnung der Sonstigen Leistungserbringer ([http://www.gkv-datenaustausch.de/Aktuell\\_Leistungserbringer\\_Sole\\_Ta.gkvnet](http://www.gkv-datenaustausch.de/Aktuell_Leistungserbringer_Sole_Ta.gkvnet))

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

- (2) Dieser Vertrag gilt

- für die Krankenkassen der von den Landesverbänden der Krankenkassen vertretenen Kassenarten,
- für die Mitglieder der Berufsverbände, die bereits zugelassen sind (§ 3 des Vertrages), und
- für Leistungserbringer/innen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, wenn sie im Rahmen der Zulassung diesen Vertrag anerkennen (vgl. **Anlage 1**).

## § 2

### Allgemeine Grundsätze

- (1) Heilmittel im Sinne dieses Vertrages sind atem-, stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Leistungen, die nach der Heilmittel-Richtlinie verordnungsfähig und in der Vereinbarung über Höchstpreise (vgl. **Anlage 2**) vereinbart sind.
- (2) Leistungen nach diesem Vertrag werden auf der Grundlage einer gültigen vertragsärztlichen Verordnung (Vordruckmuster 14; bei Zahnärzten und Kieferorthopäden Muster 16) erbracht, müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, dürfen nicht bewirkt werden. Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar und gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist
- (3) Die abgegebene therapeutische Leistung ist von der/dem Leistungserbringer/in auf der Rückseite der Verordnung eindeutig zu bezeichnen und am Tage der Leistungsabgabe von der Patientin/dem Patienten, ihrem/seinem gesetzlichen Vertreter oder in begrün-

deten Ausnahmefällen einer von ihr/ihm beauftragten Person<sup>1</sup> durch Unterschriftsleistung auf dem Verordnungsvordruck bestätigen. Unterschriftsleistungen durch die Leistungserbringerin /den Leistungserbringer sowie Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig.

- (4) Die Vertragspartner wirken darauf hin, dass die Versicherten und ggf. ihre Bezugspersonen durch aktive Mitwirkung an Behandlungsmaßnahmen dazu beitragen, Krankheiten zu verhindern und deren Verlauf und Folgen zu mildern.
- (5) Die/der zugelassene Leistungserbringer/in gewährleistet, dass die Versicherten aller Krankenkassen nach gleichen Grundsätzen behandelt werden.
- (6) Den Versicherten steht die Wahl unter den zugelassenen Praxen frei.
- (7) Die/der zugelassene Leistungserbringer/in haftet - auch für Tätigkeiten sämtlicher Mitarbeiter/innen - gegenüber den Versicherten und den Krankenkassen nach den Bestimmungen des SGB V, des BGB und dieses Vertrages.

### **§ 3**

#### **Abgabeberechtigung (Zulassung)**

- (1) Die Leistungserbringung nach diesem Vertrag setzt eine Zulassung durch die Landesverbände der Krankenkassen nach § 124 SGB V voraus. Im Rahmen des Zulassungsverfahrens übermittelt die Antragstellerin/der Antragsteller den zulassenden Stellen der Landesverbände die erforderlichen Unterlagen (vgl. **Anlage 3**). Die Abgabe- und Abrechnungsberechtigung besteht ab Erteilung der Zulassung durch die zulassenden Stellen der Landesverbände der Krankenkassen.
- (2) Von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erbrachte Behandlungen können abgerechnet werden, wenn sie die Voraussetzung des § 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V erfüllen und für jede/n Mitarbeiter/in die in den Zulassungsempfehlungen festgeschriebenen Behandlungsräume vorgehalten werden. Mitarbeiter/innen dürfen nur die Leistungen erbringen, zu denen sie fachlich qualifiziert und berechtigt sind.
- (3) Sofern eine Voraussetzung für die erteilte Zulassung (z. B. Praxisverlegung/-aufgabe, Ausscheiden der fachlichen Leitung) endet, sind die zulassenden Stellen der Landesverbände der Krankenkassen hierüber umgehend zu informieren. Die Berechtigung zur Abgabe und Abrechnung der Leistungen entfällt mit dem Wegfall der Voraussetzung.

### **§ 4**

#### **Organisatorische Voraussetzungen**

- (1) Die/der zugelassene Leistungserbringer/in bzw. die den Krankenkassen benannte fachliche Leitung hat ganztägig als Behandler/in zur Verfügung zu stehen oder die qualifizierte Durchführung der Behandlung der Anspruchsberechtigten anderweitig sicherzustellen. Hiervon ausgenommen sind Hausbesuche und die Erbringung von Therapien in Einrichtungen nach der Heilmittel-Richtlinie sowie Krankheit, Urlaub oder berufliche Fortbildung bis zur Dauer von 8 Wochen pro Kalenderjahr.
- (2) Die/der zugelassene Leistungserbringer/in ist auf Anforderung verpflichtet, den zulassenden Stellen innerhalb von zwei Wochen ihre/seine Mitarbeiter/innen zu melden so-

<sup>1</sup> Bei der beauftragten Person kann es sich auch um eine (Stations-)Pflegekraft im einem Alten-/Pflegeheim handeln.

wie deren Qualifikation/en und deren wöchentliche Arbeitszeit nachzuweisen. Zulassungsrelevante Personalveränderungen sind unverzüglich mitzuteilen.

- (3) Die/der zugelassene Leistungserbringer/in bzw. der den Landesverbänden der Krankenkassen benannte fachliche Leitung kann bis zur Dauer von sechs Monaten bei Verhinderung durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung sowie bei Schwangerschaft/Mutterschaft entsprechend der Dauer des Mutterschutzes/der Elternzeit nach dem Mutterschutzgesetz/Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes in ihrer/seiner Praxis vertreten werden. Vertretungen für einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten bedürfen der Genehmigung durch die Landesverbände der Krankenkassen und sind von der Leistungserbringerin/dem Leistungserbringer sechs Wochen im Voraus zu beantragen. Sie/er hat die Personalien der Vertretung, dessen fachliche Qualifikation und die voraussichtliche Dauer der Vertretung mitzuteilen. Die Vertretung muss die Voraussetzung des § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V (Berufsurkunde) erfüllen und nachweisen.
- (4) Soweit die in der Praxis eingesetzten Geräte den Bestimmungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) unterliegen, müssen sie den Anforderungen des MPG in der jeweils gültigen Fassung entsprechen. Daneben sind die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) sowie die Unfallverhütungsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung von der Leistungserbringerin/dem Leistungserbringer zu beachten.
- (5) Die/der zugelassene Leistungserbringer/in hat für sich und die bei ihr/ihm tätigen Mitarbeiter/innen eine Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung in ausreichender Höhe abzuschließen.
- (6) Für jeden behandelten Versicherten ist eine Verlaufsdokumentation gemäß Ziffer 8 der Leistungsbeschreibung (vgl. **Anlage 4**) zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzusetzen. Die Verlaufsdokumentation ist 3 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Die/der zugelassene Leistungserbringer/in hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten.
- (7) Zur Sicherung der Prozessqualität hat die/der Leistungserbringer/in insbesondere Folgendes zu gewährleisten:
  - Kooperation zwischen Leistungserbringer/in und verordnendem Vertragsarzt
  - Orientierung der Behandlung an der Diagnosegruppe, am Therapieziel und der Belastbarkeit des Versicherten
  - Anwendung des verordneten Heilmittels
  - Behandlung gemäß der Leistungsbeschreibung
  - Dokumentation des Behandlungsverlaufs gemäß Absatz 6.
- (8) Die/der Leistungserbringer/in sollte darüber hinaus bereit sein,
  - eine Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Behandlung Beteiligten herbeizuführen
  - Patienten und deren Angehörige im Einzelfall zu beraten und
  - sich z. B. an Case-Managements und an Qualitätszirkeln (insbesondere auch mit Ärztinnen und Ärzten) zu beteiligen.

## **§ 5 Leistungserbringung**

- (1) Inhalt und Umfang der Leistungserbringung richten sich nach der Leistungsbeschreibung (vgl. **Anlage 4**). Am Tag der Durchführung der Erstbefundung kann keine therapeutische Behandlung erbracht und abgerechnet werden.
- (2) Diagnose, Leitsymptomatik, ggf. Spezifizierung des Therapieziels, Art, Anzahl, ggf. Beginn und Frequenz der Leistungen ergeben sich aus der vertragsärztlichen Verordnung. Die/der zugelassene Leistungserbringer/in prüft, ob die Verordnung im Sinne der Heilmittel-Richtlinie gültig ausgestellt ist. Sofern das verordnete Heilmittel bei der angegebenen Indikation sowie der entsprechenden Leitsymptomatik nicht verordnungsfähig ist, nimmt sie/er Kontakt mit der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt auf, die/der die Verordnung ausgestellt hat. Änderungen bzw. Ergänzungen sind mit Handzeichen und Datum auf der Verordnung kenntlich zu machen. Eine Abstimmung zwischen der/dem Leistungserbringer/in und der/dem Verordner/in ist von der/dem Leistungserbringer/in zu dokumentieren und ggf. auf Rückfrage der Krankenkassen nachzuweisen.

## **§ 6 Inhalt und Umfang der Kooperation**

- (1) Eine zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln ist nur zu gewährleisten, wenn die/der verordnende Vertragsärztin/Vertragsarzt und die/der die Verordnung ausführende Leistungserbringer/in eng zusammenwirken. Dies setzt voraus, dass zwischen der/dm Verordner/in und der/dem Leistungserbringer/in, die/der für die Durchführung der verordneten Maßnahme verantwortlich ist, eine Kooperation sichergestellt ist. Dies gilt für den Beginn, die Durchführung und den Abschluss der Heilmittelbehandlung.
- (2) Für den Beginn der Behandlung gilt Folgendes:
  - Sofern die/der verordnende Vertragsärztin/Vertragsarzt auf dem Verordnungsblatt keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, soll die Behandlung innerhalb des in der jeweils geltenden Fassung der Heilmittel-Richtlinie genannten Zeitraums begonnen werden. Kann die Behandlung in dem genannten Zeitraum nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Dies ist nicht der Fall, wenn im begründeten Ausnahmefall zwischen der/dem Verordner/in und der/dem Leistungserbringer/in eine abweichende Regelung getroffen wurde, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert. Die einvernehmliche Änderung ist von der Leistungserbringerin/vom Leistungserbringer zu begründen und zu dokumentieren.
  - Ergibt sich aus der Befunderhebung durch die/den Leistungserbringer/in, dass die Erreichung des von der verordnenden Vertragsärztin/vom verordnenden Vertragsarzt benannten Therapieziels durch ein anderes Heilmittel besser erreicht werden kann, hat sie/er darüber unverzüglich die/der verordnende Vertragsärztin/Vertragsarzt zu informieren, um eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans abzustimmen und ggf. eine neue Verordnung zu erhalten.
  - Hat die/der verordnende Vertragsärztin/Vertragsarzt Gruppentherapie verordnet und kann die Maßnahme nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat die/der Leistungserbringer/in die Vertragsärztin/den Vertragsarzt über die Gründe zu informieren, um eine Änderung der Behandlung abzustimmen und ggf. die Änderung links auf der Rückseite der Verordnung zu begründen.

(3) Für die Durchführung der Behandlung gilt Folgendes:

- Eine Abweichung von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt angegebenen Frequenz bzw. die Ergänzung der Frequenz durch die/den Leistungserbringer/in ist nur zulässig, wenn zuvor zwischen der/dem Leistungserbringer/in und der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt ein abweichendes Vorgehen bzw. die zu ergänzende Frequenz verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung bzw. Ergänzung ist von der/dem Leistungserbringer/in unten links auf der Rückseite der Verordnung zu dokumentieren.
- Ergibt sich bei der Durchführung der Behandlung, dass mit dem verordneten Heilmittel voraussichtlich das Therapieziel nicht erreicht werden kann oder dass die Patientin/der Patient in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Behandlung reagiert, hat die/der Leistungserbringer/in darüber unverzüglich die Vertragsärztin/den Vertragsarzt, die/der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und die Behandlung zu unterbrechen. Die einvernehmliche Änderung des Therapieziels ist vom der/dem Leistungserbringer/in auf dem Verordnungsblatt zu dokumentieren. Soll die Behandlung mit einer anderen Maßnahme fortgesetzt werden, ist eine Änderung der Verordnung durch die Vertragsärztin/dem Vertragsarzt erforderlich.
- Wird im Verlauf der Behandlung das angestrebte Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Behandlung zu beenden.
- Für die Abstände zwischen den einzelnen Behandlungen (Behandlungsintervalle) ist grundsätzlich der Inhalt der vertragsärztlichen Verordnung maßgebend. Die Behandlungsintervalle dürfen 14 Tage nicht überschreiten. Wird die Behandlung länger als 14 Tage unterbrochen, verliert die Verordnung für die noch verbleibenden Behandlungseinheiten ihre Gültigkeit. Solange das Erreichen des Therapieziels durch die Unterbrechung nicht gefährdet ist, gilt dies nicht in den folgenden begründeten Ausnahmefällen:
  - therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung in Abstimmung mit der/dem verordnenden Vertragsärztin/Vertragsarzt (Kennzeichen = T),
  - Krankheit der Patientin/des Patienten/der Therapeutin/des Therapeuten (Kennzeichen = K) oder
  - Ferien bzw. Urlaub der Patientin/des Patienten/der Therapeutin/des Therapeuten (Kennzeichen = F).

Eine solche Behandlungsunterbrechung ist mit dem entsprechenden Kennzeichen unter Hinzufügung des Datums und des Handzeichens der Leistungserbringerin/ des Leistungserbringers auf der Rückseite der Verordnung zu begründen. Für diese begründeten Ausnahmefälle wird eine Behandlungsunterbrechung von bis zu 28 Tagen (in den Sommerferien 42 Tage) akzeptiert. Darüber hinaus verliert die Verordnung für die noch verbleibenden Behandlungseinheiten ihre Gültigkeit.

(4) Für den Abschluss der Behandlung gilt Folgendes:

Sofern die/der verordnende Vertragsärztin/Vertragsarzt dies auf der Verordnung kenntlich gemacht hat, unterrichtet die/der Leistungserbringer/in diese/n gegen Ende einer 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 die/der Leistungserbringer/in die Fortsetzung der Therapie für erforderlich hält.

- (5) Die/der Leistungserbringer/in darf die Behandlung eines Versicherten in begründeten Einzelfällen nach Abstimmung mit der/dem Verordner/in ablehnen.

## **§ 7**

### **Fortbildung**

- (1) Die/der zugelassene Leistungserbringer/in bzw. die den Landesverbänden der Krankenkassen benannte fachliche Leitung hat sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation zielgerichtet fortzubilden. Die entsprechenden Nachweise sind auf Anforderung eines zuständigen Landesverbandes zu erbringen.
- (2) Erfüllt die/der zugelassene Leistungserbringer/in der bzw. die den Landesverbänden der Krankenkassen benannte fachliche Leitung die Fortbildungsverpflichtung nicht fristgerecht innerhalb des Betrachtungszeitraumes von 4 Jahren, so hat sie/er diese unverzüglich nachzuholen. Ergibt sich bei der Überprüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen, dass die/der zur Fortbildung Verpflichtete die Fortbildung für den zu beurteilenden Betrachtungszeitraum ganz oder teilweise nicht nachholen kann, setzen ihr/hm die Landesverbände der Krankenkassen hierzu eine Nachfrist von 12 Monaten. Die nachzuholenden Fortbildungen werden nicht auf die Fortbildungsverpflichtung des neuen Betrachtungszeitraumes angerechnet.
- (3) Mit Beginn der Nachfrist aus Absatz 2 können die Krankenkassen die Vergütung bis zum Ende des Monats, in dem die erforderlichen Fortbildungsnachweise vorgelegt werden, um pauschal 7,5 v. H. des Rechnungsbetrages kürzen. Nach 6 Monaten erhöht sich der Vergütungsabschlag auf 15 v. H. des Rechnungsbetrages. In Wiederholungsfällen gilt der Vergütungsabschlag in Höhe von 15 v. H. von Beginn der Nachfrist an.

### **Protokollnotiz zu § 7**

Eine Umsetzung dieser vertraglichen Regelung tritt erst in Kraft, sofern sich die Vertragspartner über eine entsprechende Prüfvereinbarung verständigt haben. Voraussetzung hierfür ist eine bundesweite, kassenartenübergreifende Regelung zur Anerkennung entsprechender Fortbildungsmaßnahmen.

## **§ 8**

### **Werbemaßnahmen**

Vertragsärztinnen und -ärzte dürfen nicht aus eigenwirtschaftlichen Interessen in ihrer Verordnungsweise beeinflusst werden. Insofern ist auch Werbung für die im Rahmen dieses Vertrages zu erbringenden Leistungen, die gegen das Wettbewerbsrecht oder das Heilmittelwerbegesetz verstößt, nicht zulässig. Eine Zusammenarbeit mit einer Arztpraxis oder einer anderen Einrichtung (z. B. Kindertagesstätte), die dazu führt, dass die freie Wahl des Versicherten unter den zugelassenen Praxen beeinflusst wird, ist nicht gestattet.

## **§ 9 Datenschutz**

- (1) Die/der zugelassene Leistungserbringer/in verpflichtet sich, die im Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) getroffenen Regelungen zum Schutz der Daten bzw. die im Ersten (§ 35) und Zehnten (§§ 67 ff.) Buch des Sozialgesetzbuches (SGB) enthaltenen Vorschriften über den Schutz der Sozialdaten zu beachten und in gleicher Weise wie die Krankenkassen einzuhalten.
- (2) Die/der zugelassene Leistungserbringer/in stellt sicher, dass alle Personen, die von ihr/ihm zur Aufgabenerfüllung eingesetzt werden, nach § 4g BDSG unterwiesen und nach § 5 BDSG auf das Datengeheimnis verpflichtet worden sind.
- (3) Die/der zugelassene Leistungserbringer/in erhebt, verarbeitet und nutzt die Daten ausschließlich zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften. Sie/Er verpflichtet sich, die enthaltenen sowie die bei der Durchführung des Auftrags gewonnenen Daten nicht dritten Personen oder Stellen zugänglich zu machen und sie auch nicht für eigene Zwecke zu verarbeiten und zu nutzen. Ausgenommen hiervon sind die in Durchführung der Krankenversicherung erforderlichen Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten und den Krankenkassen sowie dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen bzw. dem Sozialmedizinischen Dienst der Knappschaft.
- (4) Zugriff auf die Daten dürfen die von der/dem zugelassenen Leistungserbringer/in zur Erfüllung der Aufgaben eingesetzten Personen nur in dem Umfang erhalten, soweit dies für die jeweilige Person zu deren Aufgabenerledigung erforderlich ist.
- (5) Die Vertragsparteien informieren sich gegenseitig unverzüglich, wenn Störungen, Mängel oder andere Unregelmäßigkeiten festgestellt werden und der Verdacht von Datenschutzverletzungen nicht auszuschließen ist.
- (6) Für freie Mitarbeiter/innen gelten die hier getroffenen Regelungen in gleicher Weise wie für die/den zugelassene/n Leistungserbringer/in.

## **§ 10 Abrechnungsgrundsätze**

- (1) Für die Vergütung der Vertragsleistungen gelten die jeweils vereinbarten Höchstpreise (vgl. **Anlage 2**). Mit diesen Höchstpreisen sind sämtliche Vertragsleistungen abgegolten. Bis zu einer neuen Vereinbarung sind die bisherigen Höchstpreise der Abrechnung zugrunde zu legen.
- (2) Die vom SGB V gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind von der/dem zugelassenen Leistungserbringer/in einzuziehen und bei der Abrechnung in Abzug zu bringen. Werden zuviel gezahlte Zuzahlungsbeträge erstattet, ist die Patientenquittung entsprechend zu ändern. Grundsätzlich sollte die/die Versicherte die Befreiung durch Vorlage eines gültigen Befreiungsausweises nachweisen. Weitere Zahlungen (z. B. so genannte Eigenanteile, Mehrkosten) dürfen für Leistungen nach diesem Verträge nicht gefordert werden. Zahlt der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch die/den Leistungserbringer/in nicht, hat die Krankenkasse die Zahlung einzuziehen (§ 43 b SGB V).



## **§ 11 Rechnungslegung**

- (1) Für Inhalt und Form der Abrechnung gelten die Abrechnungsrichtlinien gemäß § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Bei der Abrechnung hat die/der zugelassene Leistungserbringer/in das für die jeweilige Praxis bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragende Institutionskennzeichen (IK) zu verwenden. Abrechnungen erfolgen ausschließlich über das bei der Beantragung der Zulassung mitgeteilte IK. Eine Änderung des IK ist den Landesverbänden umgehend mitzuteilen. Für eine zugelassene Zweitpraxis ist ein gesondertes Institutionskennzeichen zu beantragen und bei der Abrechnung anzugeben.
- (3) Zahlungen an eine durch die/den zugelassenen Leistungserbringer/in ermächtigte Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle setzen voraus, dass den Krankenkassen eine Ermächtigungserklärung vorliegt. Zahlungen an eine Abrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung, wenn die abrechnende Stelle Originalabrechnungsunterlagen einreicht, es sei denn, der Krankenkasse liegt ein schriftlicher Widerruf der/des zugelassenen Leistungserbringerin/Leistungserbringers vor. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle und der/dem zugelassenen Leistungserbringer/in mit einem Rechtsmangel behaftet ist. Schädigt die Abrechnungsstelle anlässlich der Abrechnung die Krankenkasse, so haftet die/der zugelassene Leistungserbringer/in der Krankenkasse im selben Umfang wie die Abrechnungsstelle. Forderungen der Krankenkasse gegenüber der/dem zugelassenen Leistungserbringer/in können auch gegenüber der Abrechnungsstelle bei Abrechnungen für diese/n Leistungserbringer/in aufgerechnet werden.

## **§ 12 Zahlungsfrist, Beanstandung, Verjährung**

- (1) Die Rechnungen sind innerhalb von 21 Kalendertagen nach Eingang aller rechnungsbegründender Unterlagen und maschinell verwertbarer Abrechnungsdaten bei der Krankenkasse zu begleichen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Ist der Zahltag ein arbeitsfreier Werktag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Arbeitstag.
- (2) Stellt sich nach Zahlung einer Rechnung heraus, dass die Krankenkasse nicht oder nur teilweise leistungspflichtig ist, kann sie bereits geleistete Zahlungen bzw. Überzahlungen zurückfordern oder mit der nächsten Rechnung verrechnen. Der Sachverhalt ist der/dem zugelassenen Leistungserbringer/in unverzüglich mitzuteilen. Zurückgeforderte Beträge sind innerhalb von 3 Wochen fällig. Die Verrechnung mit Schadenersatzforderungen, die nicht die Zahlung bzw. Überzahlung abgerechneter Leistungen betreffen, sowie mit Vertragsstrafen ist nur dann möglich, wenn der geforderte Betrag unstrittig oder durch Urteil festgestellt ist.
- (3) Beanstandungen müssen von der Krankenkasse innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden. Danach können Rückforderungen nicht mehr erhoben werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung vor.

- (4) Einwendungen der/des zugelassenen Leistungserbringerin/Leistungserbringers gegen Beanstandungen können nur innerhalb von 12 Monaten nach Zugang der Beanstandung erhoben werden.

### **§ 13 Wirtschaftlichkeit**

- (1) Die Wirtschaftlichkeit ist als „Zweck-Mittel-Relation“ zu verstehen. Danach ist entweder ein bestimmtes Therapieziel mit geringst möglichem Mitteleinsatz (Therapiemaßnahmen) zu erreichen oder - insbesondere bei chronischen Erkrankungen - mit gegebenen Therapiemaßnahmen der größtmögliche Nutzen (Therapieerfolg) zu erzielen.
- (2) Kriterien einer wirtschaftlichen Leistungserbringung sind insbesondere:
- Abstimmung der Ergebnisse der therapeutischen Befunderhebung mit der ärztlichen Therapiezieldefinition unter Berücksichtigung des verordneten Heilmittels
  - Anwendung des verordneten Heilmittels gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. § 5 des Vertrages)
  - Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt (vgl. § 6 des Vertrages)
  - Fristgerechter Behandlungsbeginn
  - Regelbehandlungszeit je Therapieeinheit
  - Behandlungsdauer bis zur Erreichung des Therapieziels
  - Behandlungsfrequenz
  - Status/Zustand und Kooperation des Patienten.

### **§ 14 Wirtschaftlichkeitsprüfung**

- (1) Jeder Landesverband der Krankenkassen kann Maßnahmen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 13 Abs. 2 des Vertrages einleiten.
- (2) Der Landesverband der Krankenkasse teilt der/dem zugelassenen Leistungserbringer/in die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung rechtzeitig mit. Auf Wunsch der Leistungserbringerin/des Leistungserbringers ist der Berufsverband hinzuzuziehen.
- (3) Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist einem von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellten Sachverständigen innerhalb der Praxiszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren.
- (4) Die/der zugelassene Leistungserbringer/in hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hierzu zählen insbesondere die Angaben nach § 124 Abs. 2 SGB V, die Verlaufsdokumentation, die Qualifikationsnachweise und andere sich aus diesem Vertrag ergebende Nachweise.
- (5) Über die Prüfung ist ein Bericht zu erstellen, in dem der Gegenstand und das Ergebnis der Prüfung sowie notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Beanstandungen aufgezeigt werden.
- (6) Soweit Beanstandungen festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen nach Anhörung der Leistungserbringerin/des Leistungserbringers, wel-

che Maßnahmen dieser zur Beseitigung der Defizite und innerhalb welcher Frist zu treffen hat.

- (7) Sofern die Beanstandungen nicht innerhalb der Frist nach Absatz 6 behoben wurden, liegt ein Vertragsverstoß gemäß § 24 des Vertrages vor und berechtigt die Landesverbände der Krankenkassen, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.
- (8) Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen zu beachten.

#### **Protokollnotiz zu § 14**

Eine Umsetzung dieser vertraglichen Regelung tritt erst in Kraft, sofern sich die Vertragspartner über eine entsprechende Prüfvereinbarung verständigt haben. Voraussetzung hierfür ist eine bundesweite, kassenartenübergreifende Regelung zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

### **§ 15 Vertragsausschuss**

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

### **§ 16 Vertragsverstöße/Regressverfahren**

- (1) Erfüllt die/der zugelassene Leistungserbringer/in die ihr/ihm obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann sie/ihn der betroffene Landesverband der Krankenkassen schriftlich warnen; der Landesverband der Krankenkassen kann eine Frist für die Beseitigung des Vertragsverstoßes festsetzen.
- (2) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann der betroffene Landesverband der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Vertragsausschuss nach erfolgter Anhörung eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000,- EUR festsetzen. Schwerwiegende Vertragsverstöße rechtfertigen auch den Widerruf der Zulassung. Unabhängig davon ist der Schaden zu ersetzen.
- (3) Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:
  - unzulässige Zusammenarbeit mit Vertragsarztpraxen (vgl. § 128 SGB V)
  - Nichterfüllung von organisatorischen und/oder sächlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen (vgl. § 4 des Vertrages)
  - Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
  - wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz (vgl. § 9 des Vertrages)
  - nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen
  - Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit der verordnenden Vertragsärztin/dem verordnenden Vertragsarzt

## **§ 17**

### **In-Kraft-Treten/Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.09.2012 in Kraft und löst die bisherigen Verträge gemäß § 125 SGB V vom 29.01.1991, vom 22.12.2000 und vom 12.04.2001 ab. Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2013, schriftlich gekündigt werden. Er kann von jedem Berufsverband gegenüber jedem Landesverband der Krankenkassen sowie von jedem Landesverband der Krankenkassen gegenüber jedem Berufsverband gekündigt werden. Die Kündigung durch einen Vertragspartner lässt die Wirksamkeit dieses Vertrages für die übrigen Vertragspartner unberührt. Bis zum Abschluss eines neuen Vertrages gelten die Regelungsinhalte dieses Vertrages vorläufig weiter.
- (2) Für bislang zugelassene Praxen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie gilt dieser Vertrag ohne dass es einer erneuten Anerkenniserklärung bedarf.
- (3) Bei einer vertragsrelevanten Änderung der Heilmittel-Richtlinie und/oder der Rahmenempfehlung über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln nach § 125 Abs. 1 SGB V werden sich die Vertragspartner umgehend auf die erforderlichen Anpassungen verständigen.

## **§ 18**

### **Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein bzw. durch gesetzliche Neuregelungen oder höchstrichterliche Rechtsprechung ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

**Anlage 1** - Anerkenniserklärung

**Anlage 2** - Vereinbarung über Höchstpreise

**Anlage 3** - Aufstellung über zulassungsrelevante Unterlagen (einseitige Erklärung der Landesverbände der Krankenkassen)

**Anlage 4** - Leistungsbeschreibung

**Anlage 5** - Fortbildungsvereinbarung (liegt noch nicht vor)

Bochum, Dortmund, Essen, Frechen, Hamburg, Moers, Münster, den 24.08.2012

Deutscher Bundesverband der Atem-,  
Sprech- und Stimmlehrer/innen  
Lehrervereinigung Schlaaffhorst-Andersen e. V.  
(dba)

Marion Maltahn

AOK NORDWEST

M. Ah

Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V.  
(dbl)

BKK-Landesverband NORDWEST



Bundesgeschäftsstelle  
Augustinusstraße 11  
50226 Frechen

Deutscher Bundesverband der  
akademischen Sprachtherapeuten e. V.  
(dbs)

Deutscher Bundesverband  
der akademischen  
Sprachtherapeuten  
Bundesgeschäftsstelle  
Goethestr. 16 • 4/441 Moers  
Tel. 02841/998 191-0 • Fax 998 191-30

IKK classic

[Signature]

Knappschaft

\_\_\_\_\_

# Anlage 1

zum Vertrag nach § 125 Abs. 2 SGB V vom 24.08.2012

Name der zugelassenen Behandlerin/  
Name des zugelassenen Behandlers/:

\_\_\_\_\_

ggf. Name des fachlichen Leitung:

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer des Praxissitzes:

\_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort des Praxissitzes:

\_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen:

\_\_\_\_\_

## Anerkennung der für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen nach § 124 Abs. 2 Nr. 3 SGB V (Anerkenntniserklärung)

Hiermit erkenne ich den mir ausgehändigten Vertrag über die Erbringung und Vergütung stimm-, sprech- und sprachtherapeutischer Leistungen vom 24.08.2012 an. Ich bin damit einverstanden, dass spätere Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages mir gegenüber ohne weitere Anerkennung verbindlich werden.

Ich verpflichte mich, meinen Erfüllungsgehilfen die Bestimmungen des Vertrages zur Kenntnis zu bringen und deren Beachtung durch sie in geeigneter Weise zu überwachen. Jegliches Fehlverhalten dieser Personen in Erfüllung der mir obliegenden Pflichten habe ich wie eigenes Verschulden zu vertreten. Die zivilrechtlichen Haftungsbestimmungen bleiben daneben gewahrt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Praxisinhaberin/  
Unterschrift des Praxisinhabers

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift der fachlichen Leitung

**Anlage 3**  
**zum Vertrag nach § 125 Abs. 2 SGB V vom 24.08.2012**

**Zulassungsrelevante Unterlagen**  
**(einseitige Erklärung der Landesverbände der Krankenkassen)**

Unterlagen, die den zulassenden Stellen der Landesverbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe im Rahmen des Zulassungsverfahrens zu übersenden sind:

1. Nachweis der für die Leistungserbringung erforderlichen Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis gemäß § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V,
2. Prüfbericht über die Praxisabnahme einer Praxisausstattung, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet unter Nennung der vorhandenen Geräte und sonstigen Einrichtungsgegenstände,
3. Erklärung über die Anerkennung der für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen gemäß § 124 Abs. 2 Nr. 3 SGB V (unterschrieben vom Praxisinhaber und ggf. fachlichen Leiter),
4. Angabe des Institutionskennzeichens,
5. Polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als drei Monate),
6. Ärztliches Gesundheitszeugnis (nicht älter als drei Monate),
7. Nachweis über eine Berufshaftpflichtversicherung,
8. Anmeldebestätigung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege in Hamburg,
9. Bestätigungsschreiben des Gesundheitsamtes,
10. Nachweis über das Eigentum bzw. das Recht an der Praxisnutzung (Pachtvertrag, etc.), Raumskizze, Praxisbeschreibung,
11. Arbeitsvertrag (nur bei fachlicher Leitung durch einen angestellten Mitarbeiter) und
12. bei juristischen Personen oder Partnerschaftsgesellschaften sind Kopien des aktuellen Gesellschafts-/ Partnerschaftsvertrages sowie eines Auszuges aus dem Handels-/Partnerschaftsregister beizufügen.

Bei Wechsel der fachlichen Leitung muss der Praxisinhaber umgehend die persönlichen Voraussetzungen des neuen fachlichen Leiters nachweisen; dies gilt insbesondere für die Anerkenniserklärung (Ziffer 3) und dem Nachweis zu Ziffer 1.

**Hinweis:** Die Landesverbände der Krankenkassen führen das Zulassungsverfahren auf der Grundlage der zu diesem Zeitpunkt geltenden Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V ([https://www.gkv-spitzenverband.de/Heilmittel\\_Zulassungsempfehlungen.gkvnet](https://www.gkv-spitzenverband.de/Heilmittel_Zulassungsempfehlungen.gkvnet)) durch.

**Leistungsbeschreibung Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie**

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| <b>1</b>  | <b>Grundsätze</b>                                       | <b>1</b>  |
| <b>2</b>  | <b>Umfang der Leistung</b>                              | <b>2</b>  |
| <b>3</b>  | <b>Befunderhebung</b>                                   | <b>2</b>  |
| <b>4</b>  | <b>Individueller Behandlungsplan</b>                    | <b>2</b>  |
| <b>5</b>  | <b>Behandlungsdurchführung</b>                          | <b>2</b>  |
| <b>6</b>  | <b>Regelbehandlungszeit</b>                             | <b>3</b>  |
| <b>7</b>  | <b>Vor- und Nachbereitung</b>                           | <b>3</b>  |
| <b>8</b>  | <b>Verlaufsdokumentation</b>                            | <b>3</b>  |
| <b>9</b>  | <b>Beratung</b>   | <b>3</b>  |
| <b>10</b> | <b>Bericht des Therapeuten an den verordnenden Arzt</b> | <b>3</b>  |
| <b>11</b> | <b>Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie</b> | <b>4</b>  |
|           | <b>Stimmtherapie</b>                                    | <b>4</b>  |
|           | <b>Sprechtherapie</b>                                   | <b>6</b>  |
|           | <b>Sprachtherapie</b>                                   | <b>8</b>  |
|           | <b>Stimm-, Sprech- und Sprachther. Erstbefundung</b>    | <b>11</b> |
|           | <b>Protokollnotizen</b>                                 | <b>12</b> |

## **1 Grundsätze**

Die Leistungsbeschreibung berücksichtigt die Richtlinien nach § 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 6 SGB V; Änderungen in den Richtlinien mit Folgewirkungen für die Leistungsbeschreibung erfordern deren Anpassung.

Die Leistungsbeschreibung orientiert sich an der Gliederung in den Heilmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

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

31.



Den Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sind die Positionsnummern des Bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummernverzeichnisses zugeordnet (erfolgt auf der Grundlage der endgültigen Fassung).

## **2 Umfang der Leistung**

Die unter 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 mit 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 Eingangsdiagnostik 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 Eingangsdiagnostik 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 § 14 Abs. 4 dieser Rahmenempfehlungen wird im Interesse einer effektiven und effizienten stimm-, sprech- bzw. sprachtherapeutischen Behandlung eine Verlaufsdokumentation geführt. Sie erfolgt je Behandlungseinheit und umfasst 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 § 17 Abs. 6 der Empfehlungen 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/<br>Kommunikationsfähigkeit   | – Organisch bedingte Erkrankungen der Stimme                              |
| – wie Heiserkeit bis zur Aphonie  | – Funktionell bedingte Erkrankungen der Stimme                            |
| – der Phonationsatmung  |   |
| – wie Räusperzwang, Reizhusten  | – Psychogene Erkrankungen der Stimme (Aphonie, Dysphonie)                 |
| – der Druck- und Schmerzempfindung  |   |
| – neuromuskulärer Art im Halswirbelbereich  | – Störungen der Sprechmotorik, Dysarthrie, Dysarthrophonie, Sprechapraxie |
| – der Stimmgebung   |   |
| – des Schluckaktes (motorisch und sensorisch) in der oralen, pharyngealen und oesophagealen Phase (Aspirationsgefahr) | – 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   |   |
| – Sprechatmung  | – Störungen der Sprechmotorik, und der Sprache (Dysarthrie / Dysarthrophonie / Sprechapraxie) |
| – neuronalen Steuerungs- und Regelungsmechanismen hinsichtlich der Sprechmotorik (z. B. Schwäche, Verlangsamung, Fehlkoordination, veränderter Muskeltonus, hyperkinetische Symptome) | – Störungen des Redeflusses (Stottern und Poltern)  |
| – der Suprasegmentalen Merkmale (z. B. Prosodie)  | – Störungen der Stimm- und Sprechfunktion (z.B. Rhinophonie)                                  |

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

### **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 Schluckvorgangs.

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   |
|--|--|
| <b>Störungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>des aktiven und passiven Wortschatzes</li> <li>der Wortfindung</li> <li>des Satzbaues und der Flexionsformen (Dysgrammatismus)</li> <li>der Diskrimination, Selektion und Bildung von Sprachlauten</li> <li>der Motorik und motorischer Koordination bei Respiration, Phonation und Artikulation</li> <li>der zentralen auditiven Verarbeitung</li> <li>in der Laut- und Lautverbindungsbildung</li> <li>des orofazialen Muskelgleichgewichts</li> <li>der zentralen phonologischen und expressiv phonetischen, motorischen Musterbildung (außer Entwicklungsstammeln)</li> <li>der lautsprachlichen Kommunikation</li> <li>des Sprachverständnisses</li> <li>des Schluckaktes (motorisch und sensorisch) in der oralen, pharyngealen und oesophagealen Phase (Aspirationsgefahr)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung</li> <li>Störungen der auditiven Wahrnehmung</li> <li>Störungen der Artikulation / Dyslalie</li> <li>Störungen der Sprache bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit</li> <li>Störungen der Sprache und des Sprechens nach Abschluss der Sprachentwicklung, (Aphasien / Dysphasien/Dyspraxie)</li> <li>Störungen der Sprechmotorik, Dysarthrie / Dysarthrophonie / Sprechapraxie</li> <li>Störungen der Stimm- und Sprechfunktion (z. B. Rhinophonie)</li> </ul> |
| <b>Erworbene Störungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>des Sprechens</li> <li>des Lesens</li> <li>des Rechnens</li> <li>des Schreibens</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Krankhafte Störungen des Schluckaktes</li> <li>Schädigungen im Kopf-Hals-Bereich</li> </ul>   |

#### 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 Sprachther. 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

**Regelbehandlungszeit: 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.

### 1. zur Umstellung der derzeit gültigen auf die bundeseinheitliche Leistungsbeschreibung

Die bislang geltenden vertraglichen Regelungen nach § 125 SGB V im Bereich der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie weisen insbesondere bezogen auf die Vor- und Nachbereitungszeit aber auch hinsichtlich der Behandlungszeit Unterschiede auf. Ziel dieser Leistungsbeschreibung ist es, bundesweit eine Vereinheitlichung herzustellen. Dabei kann sich die Behandlungszeit mit dem Patienten ausschließlich an der medizinischen/therapeutischen Notwendigkeit orientieren. Die Partner der Rahmenempfehlungen haben sich entsprechend dieser Prämisse auf Regelbehandlungszeiten für jede Maßnahme sowie auf Zeiten für die Vor- und Nachbereitung verständigt. In einzelnen Verträgen ist die Vor- und Nachbereitungszeit entsprechend zu reduzieren bzw. die Regelbehandlungszeit anzuheben.

Die Partner der Rahmenempfehlung sind sich darin einig, dass eine Vereinheitlichung der bisher unterschiedlich vereinbarten Regelbehandlungszeiten nur möglich ist, wenn diese keine finanzielle Mehrbelastung der Krankenkassen oder Leistungserbringer auslöst.

Die Partner der Rahmenempfehlungen stimmen - im Interesse der Erreichung einer Harmonisierung - darin überein, dass eine in einzelnen Verträgen nötige Verlängerung der in der Einzelbehandlung mindestens zu erbringenden Behandlungszeit um 5 Minuten auf dann 30, 45 oder 60 Minuten ohne Preisanhebung erfolgt. Ebenso erfolgt bei der Reduzierung der Vor- und Nachbereitungszeiten keine Preissenkung.

### 2. zu Ziffern 2., 6. und 7.

Im Unterschied zu den anderen Heilmittelverordnungsvordrucken sieht das Muster 14 (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) die Verordnung einer konkreten Therapiezeit sowie deren Quittierung durch den Versicherten vor.

Die Partner der Rahmenempfehlungen sind sich darin einig, dass auf eine differenzierte Darstellung der Vor- und Nachbereitung gegenüber der Therapiezeit verzichtet werden kann, sobald eine Überarbeitung des Musters 14 dies nach Auffassung der Partner dieser Rahmenempfehlungen ermöglicht.

**Anlage 5**  
**zum Vertrag nach § 125 Abs. 2 SGB V vom 24.08.2012**

**Fortbildungsvereinbarung**  
**(liegt noch nicht vor)**