
Rahmenempfehlung
über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln
gemäß § 125 Abs. 1 SGB V

für den Bereich

- Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

in der Fassung vom 01.07.2013

zwischen

dem GKV-Spitzenverband

und

den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf der Bundesebene
im Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

- Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen,
Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V. (dba)
 - Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)
 - Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V. (dbs)
-

Inhaltsverzeichnis

Präambel	4
§ 1 Gegenstand der Rahmenempfehlung	4
Allgemeine Grundsätze	6
§ 2 Heilmittel	6
§ 3 Ziel der Heilmittelbehandlung	6
§ 4 Leistungsgrundlagen	6
§ 5 Gesetzliche Zuzahlung	6
§ 6 Abgabe von Heilmitteln	7
§ 7 Wahl des Heilmittelerbringers	7
§ 8 Datenschutz	7
Inhalt der einzelnen Heilmittel einschließlich Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendungen im Regelfall sowie deren Regelbehandlungszeit	8
§ 9 Inhalt, Umfang und Häufigkeit der Heilmittel	8
Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung	8
§ 10 Maßnahmen zur Qualitätssicherung	8
Qualität der Behandlung/Strukturqualität	8
§ 11 Strukturqualität	8
§ 12 Organisatorische Voraussetzungen	8
§ 13 Personelle Voraussetzungen	9
§ 14 Vertretung	10
Qualität der Versorgungsabläufe/Prozessqualität	11
§ 15 Prozessqualität	11
Qualität der Behandlungsergebnisse/Ergebnisqualität	11
§ 16 Ergebnisqualität	11
§ 17 Aufbewahrungsfrist	11
Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt	12
§ 18 Inhalt und Umfang der Abstimmung zwischen Therapeut und Arzt	12
§ 19 Verordnung	14
Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung	15
§ 20 Wirtschaftlichkeit	15
§ 21 Wirtschaftlichkeitsprüfung	15
Vorgaben für Vergütungsstrukturen	17
§ 22 Allgemeine Grundsätze	17
§ 23 Vergütungsformen	17
§ 24 Vertragsausschuss	18
§ 25 Vertragsverstöße/Regressverfahren	18
§ 26 Inkrafttreten/Kündigung	18
§ 27 Salvatorische Klausel	18
§ 28 Gerichtsstand	18

Anlagen:

- Anlage 1: Leistungsbeschreibung Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
- Anlage 2: Fortbildung im Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
- Anlage 3: Angaben auf Verordnungen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Präambel

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und die für die Wahrnehmung der Interessen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten¹ maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene

- der Deutsche Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen, Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V. (dba),
- der Deutsche Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) und
- der Deutsche Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V. (dbs)

vereinbaren diese Rahmenempfehlung mit dem Ziel, bundesweit eine einheitliche, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung mit stimm-, sprech- und sprachtherapeutischen Heilmitteln zu gewährleisten.

Die Partner dieser Rahmenempfehlung verpflichten sich, mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Umsetzung der Rahmenempfehlung Sorge zu tragen. Sie wirken darauf hin, dass diese Empfehlung in den Verträgen nach § 125 Abs. 2 SGB V zwischen den Krankenkassen, deren Verbänden oder Arbeitsgemeinschaften (nachfolgend kassenseitige Vertragspartner der Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V genannt) und den Leistungserbringern, ihren Verbänden oder Arbeitsgemeinschaften umgehend berücksichtigt werden.

Den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf der Bundesebene sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde gemäß § 140f Abs. 4 SGB V bzw. § 125 Abs. 1 Satz 2 SGB V Gelegenheit zur Mitberatung bzw. zur Stellungnahme gegeben. Die Rückmeldungen wurden in den Entscheidungsprozess der Partner der Rahmenempfehlung einbezogen.

§ 1 Gegenstand der Rahmenempfehlung

(1) Zur Sicherstellung einer wirksamen und wirtschaftlichen ambulanten Versorgung mit Heilmitteln regelt diese Rahmenempfehlung unter Berücksichtigung der jeweils geltenden Heilmittel-Richtlinie (Heilm-RL) gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V insbesondere:

1. Allgemeine Grundsätze (§§ 2 bis 8)
2. Inhalt der einzelnen Heilmittel einschließlich Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendungen im Regelfall sowie deren Regelbehandlungszeit (§ 9)
3. Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen (§§ 10 bis 17)
4. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des zugelassenen Heilmittelerbringers (nachfolgend Heilmittelerbringer genannt) mit dem verordnenden Vertragsarzt (§§ 18 und 19)
5. Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung (§§ 20 und 21)
6. Vorgaben für Vergütungsstrukturen (§§ 22 und 23)
7. Ergänzende Bestimmungen (§§ 24 bis 28)

(2) Die Anlagen sind unabdingbarer Bestandteil dieser Rahmenempfehlung.

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

- (3) Die Zulassungsempfehlungen gemäß § 124 Absatz 4 SGB V sowie die Richtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V sind in der jeweils gültigen Fassung umzusetzen.

Allgemeine Grundsätze

§ 2 Heilmittel

- (1) Heilmittel sind persönlich zu erbringende medizinische Leistungen. Diese Rahmenempfehlung umfasst Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie.
- (2) Heilmittel im Sinne dieser Empfehlung sind solche, die nach der geltenden Heilmittel-Richtlinie verordnungsfähig und in der Anlage 1 dieser Empfehlung vereinbart sind.

§ 3 Ziel der Heilmittelbehandlung

- (1) Heilmittel dienen nach § 3 Abs. 2 HeilM-RL dazu
 - eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
 - eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
 - einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegen zu wirken oder
 - Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.
- (2) Bei der Heilmittelbehandlung ist den besonderen Erfordernissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen.
- (3) Heilmittelerbringer und Krankenkassen haben darauf hinzuwirken, dass die Versicherten eigenverantwortlich durch gesundheitsbewusste Lebensführung, Beteiligung an Vor- und aktive Mitwirkung an Behandlungsmaßnahmen dazu beitragen, Krankheiten zu verhindern und deren Verlauf und Folgen zu mildern.

§ 4 Leistungsgrundlagen

- (1) Heilmittel werden auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung erbracht.
- (2) Der Heilmittelerbringer erbringt Leistungen persönlich oder lässt Leistungen nach dieser Rahmenempfehlung durch seine gemäß den Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V berufsrechtlich qualifizierten Mitarbeiter durchführen. Hierzu gehören auch vertragsärztlich verordnete Hausbesuche. Diese können grundsätzlich von dem nächstliegenden Heilmittelerbringer nicht abgelehnt werden.
- (3) Die Ausführung vertragsärztlich verordneter Leistungen ist nur gestattet, wenn sich die Zulassung auf das jeweilige Indikationsgebiet erstreckt, für das die Leistung verordnet wurde.

§ 5 Gesetzliche Zuzahlung

- (1) Die gesetzliche Zuzahlung ist in § 32 SGB V i.V.m. § 61 SGB V geregelt. Sie ist höchstens auf die Kosten der Heilmitteltherapie begrenzt und gemäß § 43b SGB V vom Heilmittelerbringer auch nur in dieser Höhe zu erheben. Erstattet der Heilmittelerbringer zuviel gezahlte Zuzahlungen, ändert er die Patientenquittung entsprechend.
- (2) Zahlt ein Patient die Zuzahlung trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung nicht, hat die Krankenkasse die Zuzahlung einzuziehen.

§ 6 Abgabe von Heilmitteln

Heilmittelerbringer sind berechtigt und verpflichtet, vertragsärztlich verordnete Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie auf der Grundlage eigener Befunderhebung, die Bestandteil der Leistung ist, durchzuführen. Das Nähere regelt die Leistungsbeschreibung (Anlage 1).

§ 7 Wahl des Heilmittelerbringers

- (1) Den Versicherten steht die Wahl unter den zugelassenen Heilmittelerbringern frei.
- (2) Die Krankenkassen informieren die Versicherten auf Anfrage über die Adressen der Heilmittelerbringer.
- (3) Mit der Leistungspflicht der Krankenkasse/n darf nicht geworben werden.

§ 8 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 sämtlichen 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.

Inhalt der einzelnen Heilmittel einschließlich Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendungen im Regelfall sowie deren Regelbehandlungszeit

§ 9 Inhalt, Umfang und Häufigkeit der Heilmittel

- (1) Der Inhalt der einzelnen Heilmittel sowie deren Regelbehandlungszeit ist in der Leistungsbeschreibung geregelt (Anlage 1).
- (2) Der Umfang der einzelnen Heilmittel und die Anwendungsfrequenz sind in der Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V geregelt.
- (3) 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.

Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung

§ 10 Maßnahmen zur Qualitätssicherung

- (1) Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen.
- (2) Die kassenseitigen Vertragspartner der Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V sind jederzeit berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus dieser Empfehlung ergebenden Pflichten zu überprüfen.
- (3) Die Berufsverbände der Heilmittelerbringer informieren ihre Mitglieder dahingehend, dass neue Praxisräume barrierefrei zugänglich sein sollen.

Qualität der Behandlung/Strukturqualität

§ 11 Strukturqualität

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

§ 12 Organisatorische Voraussetzungen

- (1) Der Zugelassene/fachliche Leiter hat in seiner Praxis ganztätig als Behandler zur Verfügung zu stehen oder die qualifizierte Durchführung der Behandlung der Anspruchsberechtigten anderweitig sicher zu stellen. Hiervon ausgenommen sind Hausbesuche und die Erbringung von Therapien in Einrichtungen sowie Krankheit, Urlaub oder berufliche Fortbildung bis zu einer Dauer von 8 Wochen.
- (2) Der Heilmittelerbringer ist auf Anforderung verpflichtet, den zulassenden Stellen innerhalb von zwei Wochen seine therapeutischen Mitarbeiter zu melden sowie deren Qualifi-

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

- (3) 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 sonstige Sicherheitsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung vom Heilmittelerbringer zu beachten.
- (4) Der Heilmittelerbringer haftet für die Tätigkeit sämtlicher Mitarbeiter in gleichem Maße wie für die eigene Tätigkeit.
- (5) Der Heilmittelerbringer gewährleistet, dass die Versicherten der Krankenkassen nach gleichen Grundsätzen behandelt werden.
- (6) Der Heilmittelerbringer hat eine Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung in ausreichender Höhe abzuschließen und weiterzuführen.
- (7) Um einen ordnungsgemäßen Praxisablauf und eine qualitätsgesicherte Behandlung zu gewährleisten, kann eine Praxis, insbesondere zur Sicherstellung der fachlichen Leitung, nur in einem bestimmten regionalen Einsatzradius tätig werden. Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 125 Abs. 2 SGB V.
- (8) 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.

§ 13 Personelle Voraussetzungen

- (1) Die Durchführung einer Behandlung darf nur von hierfür gemäß den Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V qualifizierten Therapeuten in zugelassenen Praxen erfolgen.
- (2) Behandlungen durch angestellte/freie Mitarbeiter sind als Leistungen des Heilmittelerbringers abrechnungsfähig, wenn diese die Voraussetzungen nach § 124 Abs. 2 Nummer 1 SGB V erfüllen.
- (3) Der Zugelassene/fachliche Leiter hat sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß Anlage 2 fortzubilden.
- (4) Die therapeutischen Mitarbeiter haben sich beruflich mindestens alle 2 Jahre extern fachspezifisch fortzubilden. Als externe Fortbildungen gelten ausschließlich Fortbildungen, die die Anforderungen gemäß Anlage 2 Punkte 5 und 7 erfüllen und nicht zu den Fortbildungen nach Punkt 6 zählen.
- (5) Der Nachweis über die absolvierten Fortbildungen ist auf Anforderung seines Berufsverbandes oder eines kassenseitigen Vertragspartners der Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V innerhalb eines Monats zu erbringen.

§ 14 Vertretung

- (1) Der Zugelassene/fachliche Leiter kann bis zur Dauer von sechs Monaten bei Verhinderung durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung sowie bei Schwangerschaft/ Mutterschaft entsprechend der Dauer des Mutterschutzes/ der Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG) in seiner Praxis vertreten werden. Der Heilmittelerbringer hat den zulassenden Stellen die Personalien des Vertreters, dessen fachliche Qualifikation und die voraussichtliche Dauer der Vertretung mindestens 4 Wochen vor Beginn der Vertretung mitzuteilen. Der Vertreter muss die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Nummer 1 SGB V erfüllen und nachweisen.
- (2) Im Übrigen bedürfen Vertretungen für länger als sechs Monate der Genehmigung durch die kassenseitigen Vertragspartner der Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V und sind vom Heilmittelerbringer grundsätzlich sechs Wochen im Voraus zu beantragen. Absatz 1 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.
- (3) Der Heilmittelerbringer haftet für die Tätigkeit des Vertreters.

Qualität der Versorgungsabläufe/Prozessqualität

§ 15 Prozessqualität

- (1) Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Therapieprozesse.
- (2) Zur Sicherung der Prozessqualität hat der Heilmittelerbringer insbesondere Folgendes zu gewährleisten:
 - a) Abstimmung zwischen Heilmittelerbringer und verordnendem Vertragsarzt
 - b) Orientierung der Behandlung an der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik), am Therapieziel und der Belastbarkeit des Versicherten
 - c) Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung
 - d) Anwendung des verordneten Heilmittels
 - e) Behandlung gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. § 9)
 - f) Dokumentation des Behandlungsverlaufs gemäß Abs. 4.
- (3) Der Heilmittelerbringer sollte darüber hinaus bereit sein,
 - a) eine Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Behandlung Beteiligten herbeizuführen
 - b) Patienten und deren Angehörige im Einzelfall zu beraten und
 - c) sich z. B. an Case-Managements und an Qualitätszirkeln (insbesondere auch mit Ärzten) zu beteiligen.
- (4) Der Heilmittelerbringer hat für jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdocumentation gemäß Ziffer 8. der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben.

Qualität der Behandlungsergebnisse/Ergebnisqualität

§ 16 Ergebnisqualität

Ergebnisqualität ist als Zielerreichungsgrad durch Maßnahmen der Heilmittelbehandlung zu verstehen. Im Behandlungsverlauf ist das Ergebnis der Heilmittelbehandlung anhand der Therapieziele und der Befunderhebung 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.

§ 17 Aufbewahrungsfrist

Die Verlaufsdocumentation nach § 15 Abs. 4 ist drei Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Der Heilmittelerbringer hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten (vgl. § 8). Ferner sind die gesetzlichen Regelungen zur Führung einer Patientenakte nach § 630 f BGB zu beachten.

Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt

§ 18 Inhalt und Umfang der Abstimmung zwischen Therapeut und Arzt

- (1) Eine zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln ist nur zu gewährleisten, wenn der verordnende Vertragsarzt und der die Verordnung ausführende Therapeut eng zusammenwirken.
- (2) Dies setzt voraus, dass zwischen dem Arzt, der bei der Auswahl der Heilmittel definierte Therapieziele zur Grundlage seiner Verordnung gemacht hat, und dem Therapeuten, der für die Durchführung der verordneten Maßnahme verantwortlich ist, eine Kooperation sichergestellt ist. Dies gilt für den Beginn, die Durchführung und den Abschluss der Heilmittelbehandlung.
- (3) Der Heilmittelerbringer darf den Vertragsarzt nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in seiner Ordnungsweise beeinflussen.
- (4) Für den Beginn der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:
 - a) Sofern der Vertragsarzt auf dem Ordnungsblatt keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, soll die Behandlung innerhalb des in der jeweils geltenden Fassung der Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V genannten Zeitraums begonnen werden.
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 HeiIM-RL genannten Zeitraum hinaus zu verlängern. Wenn das Therapieziel nicht gefährdet wird, kann der Arzt daher 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 Ordnungsblatt zu begründen und zu dokumentieren.²
 - b) Ergibt sich aus der Befunderhebung durch den Heilmittelerbringer, dass das vom verordnenden Vertragsarzt benannte Therapieziel durch ein anderes Heilmittel besser erreicht werden kann, hat der Heilmittelerbringer darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren, um eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans abzustimmen und ggf. eine neue Verordnung zu erhalten.
 - c) Hat der verordnende Vertragsarzt Gruppentherapie verordnet und kann die Maßnahme nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat der Therapeut den Arzt zu informieren und die Änderung auf dem Ordnungsblatt zu begründen.²

² Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Ordnungsblatts.

- (5) Für die Durchführung der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:
- a) 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.

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 der Diagnosegruppe ST3 (Psychogene Erkrankungen der Stimme – Aphonie). 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 Heilmittelerbringer darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und die Behandlung zu unterbrechen. Die einvernehmliche Änderung des Therapieziels ist vom Heilmittelerbringer auf dem Ordnungsblatt zu dokumentieren.³ Soll die Behandlung mit einer anderen Maßnahme fortgesetzt werden, ist eine neue Verordnung erforderlich.
- c) Wird im Verlauf der Heilmittelbehandlung das angestrebte Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Behandlung zu beenden.
- d) Wird die Behandlung um einen längeren als den in der jeweils geltenden Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V genannten Zeitraum unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit für die verbleibenden Therapieeinheiten. Die Empfehlungspartner sind sich darüber einig, dass in den Verträgen nach § 125 Abs. 2 SGB V der Tatsache Rechnung getragen werden sollte, dass in der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie die Laufzeit einer Verordnung ein halbes Jahr und länger betragen kann. Im Interesse der Patienten ist daher zu berücksichtigen, dass die Therapie z.B. ferien-, urlaubs- oder krankheitsbedingt unterbrochen werden oder eine Unterbrechung therapeutisch indiziert sein kann. Der Therapeut hat auch in diesem Fall zu gewährleisten, dass das Therapieziel durch die Unterbrechung nicht gefährdet wird, anderenfalls ist die Therapie abbrechen. Das Nähere regeln die Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V.

- (6) Für den Abschluss der Heilmittelbehandlung gilt Folgendes:
Ein Therapiebericht gilt als ärztlich angefordert, wenn auf der Verordnung unter Therapiebericht das Feld „Ja“ angekreuzt ist. Ist das Feld „Nein“ angekreuzt oder fehlt die Angabe, ist die Erstellung eines Therapieberichtes nicht erforderlich.

³ Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite des Ordnungsblatts.

§ 19 Verordnung

- (1) Heilmittel werden auf der Grundlage einer gültigen vertragsärztlichen Verordnung erbracht. Eine Verordnung 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 (vgl. § 9) 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. Die Vertragspartner nach § 125 Abs. 2 SGB V können vereinbaren, inwieweit Änderungen und Ergänzungen auch nachträglich nachgeholt werden können. Die Einzelheiten der Abrechnung obliegen den Vertragspartnern nach § 125 Abs. 2 SGB V.
- (2) Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
- (3) Die abgegebene Therapie ist 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, ersatzweise durch Angehörige bzw. Betreuende, durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig.
- (4) Liegt die Verordnung im Original bei der Krankenkasse zur Genehmigung vor, erfolgt die Empfangsbestätigung über den Erhalt der Leistung auf einem gesonderten Beiblatt. Dieses ist dann mit der Originalverordnung im Rahmen der Abrechnung zu übermitteln.
- (5) Anlage 3 konkretisiert die Formerfordernisse der HeiIM-RL und beschreibt die notwendigen Angaben auf Verordnungen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie.
- (6) Der Heilmittelerbringer darf die Behandlung eines Versicherten in begründeten Einzelfällen nach Information des verordnenden Vertragsarztes ablehnen.
- (7) Verzichtet eine Krankenkasse auf das Genehmigungsverfahren nach § 8 Abs. 4 HeiIM-RL oder nimmt sie einen ausgesprochenen Genehmigungsverzicht zurück, informiert sie die Partner dieser Rahmenempfehlung hierüber.

Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung

§ 20 Wirtschaftlichkeit

- (1) Die Wirtschaftlichkeit ist als „Zweck-Mittel-Relation“ zu verstehen. Danach ist entweder ein bestimmtes Therapieziel mit geringstmöglichem Mitteleinsatz (Therapiemaßnahmen) zu erreichen oder - insbesondere bei chronischen Erkrankungen - mit gegebenen Therapiemaßnahmen der größtmögliche Nutzen (Therapieerfolg) zu erzielen.
- (2) Kriterien einer wirtschaftlichen Leistungserbringung sind insbesondere:
 - a) Abgleich der Ergebnisse der therapeutischen Befunderhebung mit der ärztlichen Diagnose, Indikationsstellung und Therapiezieldefinition unter Berücksichtigung des verordneten Heilmittels
 - b) Anwendung des verordneten Heilmittels gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. § 9)
 - c) Inhalt und Umfang der Abstimmung mit dem Vertragsarzt (vgl. § 18 Abs. 5 und 6)
 - d) Fristgerechter Behandlungsbeginn
 - e) Regelbehandlungszeit je Therapieeinheit
 - f) Behandlungsdauer bis zur Erreichung des Therapieziels
 - g) Behandlungsfrequenz
 - h) Status/Zustand und Kooperation des Patienten.

§ 21 Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Jeder kassenseitige Vertragspartner der Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V kann Maßnahmen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 20 Abs. 2 einleiten. Der jeweilige Berufsverband der Heilmittelerbringer kann solche Maßnahmen beantragen.
- (2) Der jeweilige kassenseitige Vertragspartner der Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V teilt dem Heilmittelerbringer die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung rechtzeitig mit. Auf Wunsch des Heilmittelerbringers ist dessen Berufsverband hinzuzuziehen.
- (3) Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist einem von einem kassenseitigen Vertragspartner der Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V bestellten Sachverständigen innerhalb der Praxiszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren.
- (4) Der Heilmittelerbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hierzu zählen insbesondere die Angaben nach § 124 Abs. 2 SGB V, die Verlaufsdocumentation, die Qualifikationsnachweise und andere sich aus dieser Empfehlung ergebende Nachweise.
- (5) Über die Prüfung ist ein Bericht zu erstellen, in dem der Gegenstand und das Ergebnis der Prüfung sowie notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Beanstandungen aufgezeigt werden.
- (6) Soweit Beanstandungen festgestellt werden, entscheidet der kassenseitige Vertragspartner der Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V nach Anhörung des Heilmittelerbringers, welche Maßnahmen der Heilmittelerbringer zur Beseitigung der Defizite innerhalb welcher Frist zu treffen hat.

- (7) Sofern die Beanstandungen nicht innerhalb der Frist nach Abs. 6 behoben wurden, liegt ein Vertragsverstoß gemäß § 25 vor und berechtigt den kassenseitigen Vertragspartner der Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V, 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.
- (9) Die Empfehlungspartner streben an, zu einem späteren Zeitpunkt das Nähere zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung in dieser Rahmenempfehlung zu regeln.

Vorgaben für Vergütungsstrukturen

§ 22 Allgemeine Grundsätze

Das System zur Vergütung von Leistungen durch Heilmittelerbringer muss insbesondere nachfolgende Grundsätze erfüllen:

- a) Die Vergütungen für Heilmittel werden ausschließlich für die gemäß der Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs.2 Nr. 6 SGB V verordnungsfähigen Heilmittel sowie die von den Verträgen nach § 125 Abs. 2 SGB V umfassten Zusatzleistungen (z. B. stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung, Hausbesuch) vereinbart.
- b) Das Vergütungssystem muss für die Vertragspartner transparent und handhabbar sein.
- c) Die ausgeführten vertraglichen Leistungen werden nach der jeweiligen Vergütungsvereinbarung vergütet. Hierzu werden gesonderte Kündigungsfristen vereinbart. Die in den Vergütungsvereinbarungen genannten Preise sind Höchstpreise. Mit den Vergütungen sind sämtliche Kosten abgegolten.
- d) Die Vergütung sollte grundsätzlich prospektiv für einen zukünftigen Zeitraum vereinbart werden. Bei Ablauf einer Vereinbarung haben die Vertragspartner sicherzustellen, dass zeitnah Folgeverhandlungen stattfinden.
- e) Für die erbrachten Leistungen nach Anlage 1 dürfen mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten gemäß § 32 i.V.m. § 61 SGB V weitere Zuzahlungen nicht gefordert werden.

§ 23 Vergütungsformen

Abhängig vom Inhalt der Leistungen können

- a) Einzelleistungsvergütungen und
- b) ggf. pauschale Vergütungen

vereinbart werden.

§ 24 Vertragsausschuss

- (1) Zur Klärung von Meinungsverschiedenheiten und Zweifelsfragen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern kann für die Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V ein Vertragsausschuss gebildet werden. Dieser setzt sich aus Vertretern der kassenseitigen Vertragspartner der Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V einerseits und den Vertretern der betroffenen Berufsverbände andererseits paritätisch zusammen.
- (2) Der Vertragsausschuss ist auf Antrag eines Vertragspartners einzuberufen.

§ 25 Vertragsverstöße/Regressverfahren

- (1) Erfüllt ein Heilmittelerbringer die ihm obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann ihn der betroffene kassenseitige Vertragspartner der Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V schriftlich verwarnen; die Krankenkasse setzt eine Frist für die Beseitigung des Vertragsverstoßes durch den Heilmittelerbringer fest.
- (2) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann der betroffene kassenseitige Vertragspartner der Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V im Einvernehmen mit dem Vertragsausschuss (§ 24) nach erfolgter Anhörung eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000,- EURO festsetzen. Schwerwiegende Vertragsverstöße rechtfertigen auch den Widerruf der Zulassung. Unabhängig davon ist der Schaden zu ersetzen.
- (3) Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:
 - Nichterfüllung von organisatorischen und/oder sächlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen (vgl. §§ 12 bis 14)
 - Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
 - wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz (vgl. § 8)
 - nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen
 - Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt.
- (4) Die Vertragspartner nach § 125 Abs. 2 SGB V regeln das Nähere zur Umsetzung von § 128 Abs. 5b SGB V.

§ 26 Inkrafttreten/Kündigung

- (1) Diese Rahmenempfehlung gilt ab dem 01.07.2013. Die Rahmenempfehlung insgesamt oder einzelne Anlagen können mit einer Frist von 6 Monaten zum Jahresende, frühestens zum 31.12.2015, gekündigt werden.
- (2) Bei Änderungen der Heilmittel-Richtlinie werden sich die Partner der Rahmenempfehlung umgehend auf die erforderlichen Anpassungen verständigen.

§ 27 Salvatorische Klausel

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

§ 28 Gerichtsstand

Der Gerichtsstand ist Berlin.

Berlin, Hamburg, Frechen, Moers, den 01.07.2013

GKV-Spitzenverband

Deutscher Bundesverband der Atem-,
Sprech- und Stimmlehrer/innen, Lehrerver-
einigung Schlaffhorst-Andersen e.V. (dba)

Deutscher Bundesverband für
Logopädie e. V. (dbl)

Deutscher Bundesverband der akademi-
schen Sprachtherapeuten e. V. (dbs)
