

Änderungsvereinbarung

zum Vertrag nach § 125 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie und deren Vergütung

zwischen

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

und

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

dem Deutschen Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl), Frechen;

dem Deutschen Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e. V. (dbs), Moers;

und

LOGO Deutschland e. V. Selbstständige in der Logopädie (LD), Berlin

Artikel 1 – Änderungen des Vertragstextes

1. Die Kopfzeile wird wie folgend gefasst:

„Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.03.2021)
einschließlich der Änderungsvereinbarungen bis zum [Datum der Beschlussfassung]“

2. Im Rubrum wird die letzte Zeile wie folgend gefasst:

„einschließlich der Änderungsvereinbarungen in der Fassung vom 01.12.2022 und vom [Datum der Beschlussfassung]“

3. In den Begriffsbestimmungen wird die aktuell gültige Begriffsbestimmung zur „Behandlung“ durch die folgende Fassung ersetzt:

„Die Behandlung umfasst die diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen in unmittelbarer Interaktion mit der oder dem Versicherten sowie Beratung von Versicherten und Angehörigen / Bezugspersonen.“

4. In den Begriffsbestimmungen wird die aktuell gültige Begriffsbestimmung zur „Therapie“ durch die folgende Fassung ersetzt:

„Die Therapie umfasst nur die therapeutischen Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie in unmittelbarer Interaktion mit der oder dem Versicherten sowie Beratung von Versicherten und Angehörigen / Bezugspersonen. Diese werden in Einzel-Therapie in Abhängigkeit von der vorliegenden Verordnung als 30-, 45- oder 60-minütige Einheit mit der oder dem Versicherten durchgeführt. Ferner ist eine Verordnung als Gruppen-Therapie als 45- oder 90-minütige Therapieeinheit möglich.“

5. In § 3 Absatz 2 wird der letzte Satz beginnend mit den Worten „Die Aufteilung der fachlichen Leitung“ durch folgenden Satz ersetzt:

„Die fachliche Leitung einer Heilmittelpraxis trägt die fachliche Verantwortung für die Qualitätssicherung sowie dafür, dass die Patienten auf dem aktuellen Stand der medizinischen Kenntnisse ordnungsgemäß und qualifiziert auf Basis der ärztlichen Verordnung durch entsprechend qualifiziertes therapeutisches Fachpersonal behandelt werden. Die fachliche Leitung darf in der Ausübung ihrer vorgenannten Tätigkeit nicht eingeschränkt werden.“

6. Nach § 3 Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„Die Aufteilung der fachlichen Leitung einer Praxis im Jobsharing-Verfahren ist auf 2 zulassungsfähige Leistungserbringer begrenzt. Die fachliche Leitung soll dabei möglichst gleichmäßig aufgeteilt werden.“

7. In § 3 Absatz 4 letzter Satz wird der letzte Satz wie folgend gefasst:

„Hiervon unberührt ist die Möglichkeit, die Praxis ohne Vertretung bis zu 8 Wochen ohne Meldung an die Arbeitsgemeinschaften nach § 124 Absatz 2 SGB V je Kalenderjahr zu schließen (Weiteres regelt § 12).“

8. § 3 Absatz 6 wird wie folgend gefasst:

„Der zugelassene Leistungserbringer teilt der Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V die Aufnahme oder die Beendigung der Tätigkeit, sowie Änderungen der Qualifikation oder in der Art der Tätigkeit der in seiner Praxis tätigen Leistungserbringer zeitnah mit. Die Meldungen umfassen notwendige Angaben zur Qualifikation der Leistungserbringer, deren Vor- und Nachnamen, deren Initialen, sowie das Geburtsdatum, die vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit in Stunden und den Ort der schwerpunktmäßigen Tätigkeit (Praxis, Hausbesuch oder Behandlung in einer Einrichtung nach § 11 Absatz 2 der Heilmittel-Richtlinie bzw. § 9 Absatz 2 der Heilmittel-Richtlinie ZÄ (tagesstrukturierende Einrichtung)).“

9. In § 4 Absatz 2 wird im letzten Satz das Wort „Leistungserbringer“ durch das Wort „Vollzeitäquivalente (VZÄ)“ ersetzt.

10. § 5 Absatz 1 wird wie folgend gefasst:

„Auf der Rückseite der Verordnung sind von der Leistungserbringerin bzw. vom Leistungserbringer am Tag der jeweiligen Leistungsabgabe:

- a. Datum der Leistungsabgabe,
- b. ggf. eine Bezeichnung oder ein Kürzel für die Diagnostik (z. B. „ED“ oder „BD“),
- c. die Regelbehandlungszeit
- d. ggf. durchgeführter Hausbesuch oder ein Kürzel für den Hausbesuch (z. B. „HB“) (spätestens ab dem 01.05.2027),
- e. die Initialen des Leistungserbringers und
- f. ggf. TML

anzugeben und unmittelbar nach Erbringung der Leistung von der oder dem Versicherten durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen.

Die Unterschrift der oder des Versicherten muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgt sein. Bestätigungen im Voraus oder Globalunterschriften sowie die Verwendung von Korrekturmitteln sind unzulässig.“

11. § 5 Absatz 2 wird wie folgend gefasst:

„Ist die oder der Versicherte, ab der Vollendung des 18. Lebensjahres, aufgrund von in ihrer oder seiner Person liegenden Gründen nicht selbst in der Lage, den Empfang der Leistung mit einer

eigenhändigen Unterschrift zu bestätigen, kann die Bestätigung durch eine gesetzliche Vertreterin oder einen gesetzlichen Vertreter oder durch eine Betreuungsperson mit Unterschrift auf der Rückseite des Ordnungsblattes erfolgen. Ein Hinweis, welche Person in welcher Funktion in diesen Fällen die Unterschrift geleistet hat, ist auf der Rückseite einzutragen.“

12. § 5 Absatz 3 wird wie folgend gefasst:

„Die Leistungen, die an Versicherte abgegeben werden, die das 7. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind von der gesetzlichen Vertreterin oder dem gesetzlichen Vertreter oder einer anderen Betreuungsperson durch Unterschrift auf dem Ordnungsblatt zu bestätigen. Die Leistungen, die an Versicherte abgegeben werden, die das 7. Lebensjahr vollendet, das 18. Lebensjahr aber noch nicht vollendet haben, können auch von der gesetzlichen Vertreterin oder dem gesetzlichen Vertreter, oder einer anderen Betreuungsperson durch Unterschrift auf dem Ordnungsblatt bestätigt werden.“

13. § 5 Absatz 4 wird wie folgend gefasst:

„Der zugelassene Leistungserbringer sowie seine Leistungserbringer können die Bestätigung nicht als Vertreterin oder Vertreter oder Betreuungsperson übernehmen.“

14. § 7a Absatz 10 wird wie folgend gefasst:

„Die Therapie im unmittelbar persönlichen Kontakt gilt nach den Heilmittel-Richtlinien als etablierter fachlicher Standard für die Durchführung einer Heilmittelbehandlung. Gemäß § 16b Absatz 3 Heilmittel-Richtlinie bzw. § 15a Absatz 3 Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte sind Verlaufskontrollen regelmäßig und nur in Präsenz durchzuführen. In der Gesamtbetrachtung sollen daher nicht mehr als 30 % der Leistungen eines zugelassenen Leistungserbringers im Kalenderjahr telemedizinisch erbracht werden.“

15. In § 7a wird Absatz 12 folgender Satz angefügt:

„Anstelle einer digitalen Bestätigung nach Satz 1 kann die Bestätigung auch nachträglich beim nächsten Termin in Präsenz per Unterschrift erfolgen.“

16. In § 12 Absatz 1 Satz 2 werden die Worte „an mindestens 4 Tagen je Woche“ durch die Worte „an mindestens 3 Tagen je Woche“ ersetzt.

17. An § 14 Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Dem Datenschutz ist dabei umfassend Rechnung zu tragen. Eine Übermittlung von Behandlungsunterlagen (wie der Verlaufsdokumentation und Diagnostik) durch die Leistungserbringer darf ausschließlich an den Medizinischen Dienst erfolgen.“

18. In § 18 Absatz 3 Satz 3 wird das Wort „Indikationsschlüssel“ durch das Wort „Diagnosegruppe“ ersetzt.

19. § 18 Absatz 8 wird wie folgend gefasst:

„Die in der Verordnung angegebene Diagnosegruppe und/ oder angegebene ICD-10-Codes ist in der Abrechnung (im vorgesehen Datenfeld) zu übermitteln.“

20. § 18 Absatz 11 Satz 4 wird die Angabe „3 Kalendermonate“ durch die Angabe „9 Kalendermonate“ ersetzt.

21. § 19 Absatz 1 wird folgender Satz 1 vorangestellt:

„Alle Maßnahmen bei Vertragsverstößen müssen verhältnismäßig sein.“

22. § 21 Absatz 3 wird wie folgend gefasst:

„Alle Anlagen nach § 1 Absatz 2 können unter Einhaltung der Frist nach § 21 Absatz 1 gesondert gekündigt werden. Die Gültigkeit dieses Vertrages wird durch Kündigung einer oder mehrerer Anlagen nicht berührt. Die Anlage 2 kann abweichend davon ausschließlich in der darin vereinbarten Frist gekündigt werden.“

Artikel 2 - Änderung der Anlage 1 (Leistungsbeschreibung)

1. Die Kopfzeile wird wie folgend gefasst:

„Anlage 1: Leistungsbeschreibung i. d. F. vom [Datum der Beschlussfassung] zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V für Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.03.2021)“

2. In Teil I, Ziffer 1 Grundsätze im 4. Absatz wird der letzte Satz gestrichen.

3. In Teil I, Ziffer 2 Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Diagnostik wird im ersten Satz das Wort „der“ durch das Wort „einer“ ersetzt.

4. In Teil 2 Ziffer 1.1 werden in der „Definition“ die Wörter „ärztlichen Diagnostik“ durch „ärztlich angegebene Diagnosegruppe“ ersetzt.

5. In Teil 2 Ziffern 2., 3., 4. und 5. wird jeweils im Feld „Leistung“ der folgende Aufzählungspunkt ergänzt „- Aufbau, Wiederherstellung und Erhalt von für Alltagsaktivitäten benötigten Kompetenzen“

Artikel 3 - Änderungen der Anlage 3a

1. Die Kopfzeile wird wie folgend gefasst:

„Anlage 3a: notw. Angaben auf der HeilM-VO Ärzte i. d. F. vom [Datum der Beschlussfassung] zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V für Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.03.2021)“

2. In Ziffer 1. wird folgender Satz angefügt:

„Die Verwendung eines ordnungsgemäß ärztlich ausgestellten Verordnungsduplikates ist anstelle der Originalverordnung statthaft und bedarf keiner Begründung.“

3. In Ziffer 3. wird Absatz 1 wie folgend gefasst:

„Sind einzelne Verordnungen nicht vollständig oder erkennbar falsch bedruckt, kann der zugelassene Leistungserbringer diese bis zur Abrechnung in nachfolgend beschriebener Form korrigieren oder ergänzen oder eine ärztliche Ergänzung oder Korrektur anstoßen.“

4. In Ziffer 3. wird Absatz 2 wie folgend gefasst:

„Soweit in Ziffer 4 Korrekturmöglichkeiten auch nach der Abrechnung eingeräumt werden, gilt folgendes Verfahren. Soweit in der Abrechnung durch die Krankenkasse auffällt, dass eine oder mehrere Angaben auf der Vorder- oder Rückseite der Verordnung fehlen oder erkennbar falsch sind, setzt die Krankenkasse die Verordnung ab und gibt einmalig die Möglichkeit die fehlenden Angaben zu korrigieren/ergänzen. Vor Einreichung der nachträglichen Korrektur oder Ergänzung wägt der Leistungserbringer ab, ob dies wirtschaftlich sinnvoll ist; das Recht auf Nachforderung wird dadurch nicht berührt. Dazu sendet sie dem zugelassenen Leistungserbringer eine Kopie der Originalverordnung und die Begründung der Absetzung mit Verweis auf Anlage 3a dieses Vertrages. Reicht der Leistungserbringer die Korrektur/Ergänzung nicht (fristgerecht innerhalb vom 3 Monaten) ein, bleibt die Absetzung bestehen, die Verordnung kann kein weiteres Mal zur Abrechnung eingereicht werden.“

5. In Ziffer 3. werden in Absatz 4 die Sätze 3 und 4 wie folgend gefasst:

„Änderungen und Ergänzungen einer Ärztin oder eines Arztes bedürfen einer erneuten Unterschrift der Ärztin oder des Arztes mit Datumsangabe neben der fehlenden/falschen Angabe, dies gilt auch bei der Änderung des Ausstellungsdatums.“

6. In Ziffer 3. wird nach Absatz 4 folgender Absatz 4a eingefügt:

„Anstelle der Originalverordnung kann auch ein ärztlich ausgestelltes Verordnungsduplikat abgerechnet werden, dabei ist es unschädlich, wenn das Duplikat von der Ärztin oder vom Arzt mit „Kopie“ bezeichnet wird. Ebenso kann eine Kopie der Verordnung als Korrektur zusammen mit der Originalverordnung zur Abrechnung eingereicht werden.“

7. In Ziffer 4. wird in Abbildung 2 lit. o) wie folgend gefasst:

„Bestätigungsfeld (Datum, Maßnahme, Leistungserbringer, TML, Unterschrift der oder des Versicherten)“

8. In Ziffer 4 lit. a) wird im Feld „Korrekturmöglichkeiten“ nach den Wörtern „kann die Behandlung nicht begonnen werden.“ der folgende Satz eingefügt:

„Fehlende oder fehlerhafte Angaben zum Status sind vom Leistungserbringer nicht zu prüfen, eine Ergänzung oder Korrektur ist nicht erforderlich.“

Der folgende Satz wird wie folgend gefasst: „Korrekturen können ausschließlich arztseitig mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe erfolgen, auch bei der Änderung des Ausstellungsdatum ist zusätzlich das Änderungsdatum anzugeben.“

9. In Ziffer 4 lit. a) wird im Feld „Korrekturzeitpunkt“ Satz 2 wie folgend gefasst:

„Für das Feld „Betriebsstättennummer“ sind nachträgliche Korrekturen gemäß Ziffer 3 Absatz 2 möglich.“

10. In Ziffer 4 lit. a) im Feld „Korrekturzeitpunkt“ wird der Satz beginnend mit den Worten „Eventuell fehlende Betriebsstättennummern im Versichertenfeld...“ gestrichen und dem Feld „Korrekturmöglichkeit“ als letzter Absatz angefügt.

11. In Ziffer 4 lit. f) wird im Feld „Korrekturmöglichkeit“ die Regelung bis zu den Worten „Abweichend gilt für Versicherte mit langfristigem Heilmittelbedarf“ durch folgende Angaben ersetzt:

- a) „Fehlt die Angabe der Behandlungsmenge, ist diese von der Ärztin oder vom Arzt mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe zu ergänzen.
- b) Sofern auf der ärztlichen Verordnung die Verordnungshöchstmengen überschritten werden, kann der zugelassene Leistungserbringer maximal so viele Therapieeinheiten erbringen und abrechnen, wie sie nach der Heilmittel-Richtlinie zulässig sind. Dies stellt keinen Behandlungsabbruch oder vorzeitiges Behandlungsende dar. Die Ärztin oder der Arzt ist darüber zu informieren. Eine Änderung der Verordnung ist nicht erforderlich.
- c) Sofern auf der Verordnung die Verordnungsmenge auf verschiedene Heilmittel aufgeteilt wurde, kann hiervon dennoch nur nach Änderung mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe abgewichen werden.“

12. In Ziffer 4 lit. f) wird das zweite Feld „Korrekturmöglichkeit“ in „Korrekturzeitpunkt“ umbenannt.

13. In Ziffer 4 lit. g1) wird im Feld „Korrekturmöglichkeit“ nach der Überschrift „Einzel- und Gruppenbehandlung“ dem ersten Absatz der Satz „Das Kreuz ist dafür ausreichend.“ angefügt.

14. In Ziffer 4 lit. g1) wird im Feld „Korrekturmöglichkeit“ nach der Überschrift „Einzel- und Gruppenbehandlung“ der letzte Absatz wie folgend gefasst:

„Kommt innerhalb einer laufenden Gruppentherapie durch Absage die Gruppe nicht zustande, dann kann die Therapie zur Sicherstellung der Versorgung als Einzeltherapie oder 2-er Gruppe fortgeführt werden, ohne dass es der Information des Arztes bedarf. Dasselbe gilt, wenn ein Wechsel zwischen Gruppen- und Einzeltherapie therapeutisch indiziert ist. In beiden Fällen auch, wenn sich dadurch die Therapieminuten ändern.“

15. In Ziffer 4. lit. h) wird das Feld Korrekturmöglichkeit wie folgend gefasst:

„Änderungen von doppelter in einfache Behandlung sind nach Information an die Ärztin oder den Arzt möglich. Änderungen von einfacher in doppelte Behandlung sind nur im Einvernehmen mit der Ärztin/dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift möglich. Die Änderung oder Ergänzung muss durch den Leistungserbringer auf der Vorderseite des Verordnungsvordrucks im Feld „Heilmittel nach Maßgabe des Heilmittelkataloges“ mit dessen Unterschrift und Datumsangabe erfolgen.“

16. In Ziffer 4. lit. i) wird im Feld „Korrekturmöglichkeit“ der 2. Absatz wie folgend gefasst:

„Fehlt eine Angabe zur Frequenz wird die im Heilmittelkatalog angegebene Frequenzempfehlung für den Therapeuten verbindlich.“

17. In Ziffer 4. lit. i) wird im Feld „Korrekturzeitpunkt“ der Verweis wie folgend gefasst:

„Ziffer 3 Absatz 2“.

18. In Ziffer 4. lit. k) wird im Feld „Erläuterung“ der 2. Absatz wie folgend gefasst:

„Die Prüfpflicht des Therapeuten erstreckt sich nicht auf die inhaltliche Plausibilisierung der ärztlichen Diagnoseangabe.“

19. In Ziffer 4. lit. k) wird das Feld „Korrekturzeitpunkt“ wie folgend gefasst:

„Die Ergänzung der fehlenden Diagnose muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgt sein.“

20. In Ziffer 4. lit. o) wird im Feld Erläuterung der 1. Absatz wie folgend gefasst:

„Auf der Rückseite der Verordnung sind von der Leistungserbringerin bzw. vom Leistungserbringer am Tag der jeweiligen Leistungsabgabe:

- Datum der Leistungsabgabe,
- ggf. eine Bezeichnung oder ein Kürzel für die Diagnostik (z. B. „ED“ oder „BD“),
- die Regelbehandlungszeit
- ggf. durchgeführter Hausbesuch oder ein Kürzel für den Hausbesuch (z. B. „HB“) (spätestens ab dem 01.05.2027),
- die Initialen des Leistungserbringers und
- ggf. TML

anzugeben und unmittelbar nach Erbringung der Leistung von der oder dem Versicherten durch Unterschrift auf dem Ordnungsblatt zu bestätigen.“

21. In Ziffer 4. lit. o) wird im Feld „Erläuterung“ der Satz beginnend mit den Worten „Die Diagnostikleistungen sind mit den“ gestrichen.

22. In Ziffer 4. lit. o) wird im Feld „Korrekturmöglichkeit“ der 1. Satz wie folgend gefasst:

„Korrekturen oder Ergänzungen von Behandlungsdatum oder der o.g. Leistungen sind durch erneute Unterschrift der oder des Versicherten mit Angabe des Datums je Behandlungstermin zu bestätigen.“

23. In Ziffer 4. lit. o) wird im Feld „Korrekturzeitpunkt“ der 2. Satz wie folgend gefasst:

„Nachträgliche Korrekturen des Behandlungsdatums, der oben genannten Leistungen und der Initialen des Leistungserbringers sind gemäß Ziffer 3 Absatz 2 möglich.“

24. In Ziffer 4. lit. q) wird das Feld „Erläuterung“ wie folgend gefasst:

„Wird die Behandlung vor Erreichen der verordneten Behandlungsmenge abgebrochen (vgl. § 3 Absatz 8), ist dies mit dem Datum des Behandlungsabbruches zu vermerken. Im Feld „Begründung“ ist der Grund anzugeben, warum die Behandlung nicht bis zum Erreichen der verordneten Behandlungsmenge durchgeführt wurde.
Bei vorzeitigem Behandlungsende (vgl. § 7 Absatz 2) ist dieses Feld nicht zu füllen.“

Artikel 4 - Änderungen der Anlage 3b

1. Die Kopfzeile wird wie folgend gefasst:

„Anlage 3a: notw. Angaben auf der HeilM-VO ZÄ i. d. F. vom [Datum der Beschlussfassung] zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V für Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.03.2021)“

2. In Ziffer 1. Wird folgender Satz angefügt:

„Die Verwendung eines ordnungsgemäß vertragszahnärztlich ausgestellten Verordnungsduplikates ist anstelle der Originalverordnung statthaft und bedarf keiner Begründung.“

3. In Ziffer 2 wird das Wort „Diagnosegruppe“ durch das Wort „Indikationsgruppe“ ersetzt.

4. In Ziffer 3. wird Absatz 1 wie folgend gefasst:

„Sind einzelne Verordnungen nicht vollständig oder erkennbar falsch bedruckt, kann der zugelassene Leistungserbringer diese bis zur Abrechnung in nachfolgend beschriebener Form korrigieren oder ergänzen oder eine zahnärztliche Ergänzung oder Korrektur anstoßen.“

5. In Ziffer 3. wird Absatz 2 wie folgend gefasst:

„Soweit in Ziffer 4 Korrekturmöglichkeiten auch nach der Abrechnung eingeräumt werden, gilt folgendes Verfahren. Soweit in der Abrechnung durch die Krankenkasse auffällt, dass eine oder mehrere Angaben auf der Vorder- oder Rückseite der Verordnung fehlen oder erkennbar falsch sind, setzt die Krankenkasse die Verordnung ab und gibt einmalig die Möglichkeit die fehlenden Angaben zu korrigieren/ergänzen. Vorab ist vom Leistungserbringer abzuwägen, ob die Einreichung einer Korrektur oder Ergänzung wirtschaftlich sinnvoll ist; das Recht auf Nachforderung wird dadurch nicht berührt. Dazu sendet sie dem zugelassenen Leistungserbringer eine Kopie der Originalverordnung und die Begründung der Absetzung mit Verweis auf Anlage 3b dieses Vertrages. Reicht der Leistungserbringer die Korrektur/Ergänzung nicht (fristgerecht innerhalb vom 3 Monaten) ein, bleibt die Absetzung bestehen, die Verordnung kann kein weiteres Mal zur Abrechnung eingereicht werden.“

6. In Ziffer 3. wird nach Absatz 4 folgender Absatz 4a eingefügt:

„Anstelle der Originalverordnung kann auch ein zahnärztlich ausgestelltes Verordnungsduplikat abgerechnet werden, dabei ist es unschädlich, wenn das Duplikat von der Zahnärztin oder vom Zahnarzt mit „Kopie“ bezeichnet wird. Ebenso kann eine Kopie der Verordnung als Korrektur zusammen mit der Originalverordnung zur Abrechnung eingereicht werden.“

7. In Ziffer 3. wird Absatz 6 wie folgend gefasst:

„Bei Ergänzungen oder Korrekturen durch Leistungserbringer ist sicherzustellen, dass die ursprünglichen Angaben der Zahnärztin oder des Zahnarztes sichtbar bleiben. Änderungen oder Ergänzungen durch den Leistungserbringer bedürfen dessen Unterschrift mit Datumsangabe neben der fehlenden oder falschen Angabe.“

8. In Abbildung 2 wird lit. I) wie folgend gefasst:

„Bestätigungsfeld (Datum, Maßnahme, Unterschrift der Versicherten oder des Versicherten, TML)“

9. In Ziffer 4 lit. a) werden im Feld „Korrekturmöglichkeit“ die Absätze 2 und 3 wie folgend gefasst:

„Fehlende oder fehlerhafte Angaben zum Status sind vom Leistungserbringer nicht zu prüfen, eine Ergänzung oder Korrektur ist nicht erforderlich.“

Korrekturen können ausschließlich zahnarztseitig mit erneuter Zahnarztunterschrift und Datumsangabe erfolgen, auch bei der Änderung des Ausstellungsdatum ist zusätzlich das Änderungsdatum anzugeben.“

10. In Ziffer 4 lit. a) wird im Feld „Korrekturzeitpunkt“ der zweite Satz gestrichen.

11. In Ziffer 4 lit. f) werden im Feld „Erläuterung“ folgende Absätze angefügt:

„In der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie können verschiedene Behandlungszeiten miteinander kombiniert werden.

Die Heilmittel können ergänzende Angaben zum Heilmittel wie z.B. Doppelbehandlung“ enthalten.“

12. In Ziffer 4 lit. f) wird im Feld „Korrekturmöglichkeit“ der Absatz „Doppelbehandlung“ wie folgend gefasst:

„Doppelbehandlungen können nur erbracht werden, wenn sie zahnärztlich verordnet sind. Änderungen können im Einvernehmen mit der Zahnärztin oder dem Zahnarzt ohne erneute Zahnarztunterschrift erfolgen. Die Änderung oder Ergänzung muss durch den Leistungserbringer auf der Vorderseite des Verordnungsvordrucks im Feld „Heilmittel nach Maßgabe des Heilmittelkataloges“ mit dessen Unterschrift und Datumsangabe erfolgen.“

13. In Ziffer 4 lit. f) wird das 2. Feld „Korrekturmöglichkeit“ in „Korrekturzeitpunkt“ umbenannt.

14. In Ziffer 4 lit. g) wird das Feld „Korrekturmöglichkeit“ wie folgend gefasst:

„Änderungen der Frequenz oder Frequenzspanne sind im Einvernehmen mit der Zahnärztin oder dem Zahnarzt möglich und werden auf der Verordnung durch das Kreuz in dem dafür vorgesehenen Feld dokumentiert. Durch eine Änderung der Frequenz oder Frequenzspanne verändert sich die Gesamtanzahl der Behandlungseinheiten nicht.

Fehlt eine Angabe zur Frequenz, wird die im Heilmittelkatalog angegebene Frequenzempfehlung für den Leistungserbringer verbindlich.“

15. In Ziffer 4 lit. j) wird das Feld „Erläuterung“ wie folgend gefasst:

„Auf der Verordnung muss mindestens eine Diagnose angegeben sein; die Angabe kann in Form eines ICD- 10-Codes, als Klartext oder als Freitext erfolgen.

Die Prüfpflicht des Leistungserbringers erstreckt sich nicht auf die inhaltliche Plausibilisierung der ärztlichen Diagnoseangabe.

Die Leitsymptomatik ist nach Heilmittelkatalog ZÄ oder als Freitext anzugeben.

Die Angabe eines Therapieziels ist aufgrund der anzugebenden Diagnose und Leitsymptomatik nicht zwingend erforderlich.

Soweit zahnarztseitig zusätzliche Angaben zu den wesentlichen Befunden sowie Vor- und Begleiterkrankungen gemacht sowie ergänzende Hinweise an den Leistungserbringer übermittelt werden sollen, können diese hier vermerkt werden.“

16. In Ziffer 4 lit. j) wird das Feld „Korrekturzeitpunkt“ wie folgend gefasst:

„Eine Ergänzung der Diagnose muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgt sein. Nachträgliche Korrekturen der Leitsymptomatik sind gemäß Ziffer 3 Absatz 2 möglich.“

17. In Ziffer 4 lit. l) wird das Feld „Erläuterung“ wie folgend gefasst:

„Auf der Rückseite der Verordnung sind von der Leistungserbringerin bzw. vom Leistungserbringer am Tag der jeweiligen Leistungsabgabe:

- Datum der Leistungsabgabe,
- ggf. eine Bezeichnung oder ein Kürzel für die Diagnostik (z. B. „ED“ oder „BD“),
- die Regelbehandlungszeit
- ggf. durchgeführter Hausbesuch oder ein Kürzel für den Hausbesuch (z. B. „HB“) (spätestens ab dem 01.05.2027),
- die Initialen des Leistungserbringers und
- ggf. TML

anzugeben und unmittelbar nach Erbringung der Leistung von der oder dem Versicherten durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen.

Begründete Behandlungsunterbrechungen von über 14 Tagen sind unter Angabe der Kürzel FKT (Ferien/Urlaub; Krankheit; therapeutisch indizierte Unterbrechung) zu dokumentieren.

Bei Doppelbehandlungen soll jede Behandlungseinheit einzeln dokumentiert und bestätigt werden, für eine Doppelbehandlung sind daher 2 Zeilen auszufüllen.

Reichen die Zeilen des Verordnungsmusters nicht aus, ist zusätzlich ein Beiblatt anzufügen.“

18. In Ziffer 4 lit. l) wird das Feld „Korrekturmöglichkeit“ wie folgend gefasst:

„Korrekturen oder Ergänzungen von Behandlungsdatum oder der o. g. Leistungen sind durch erneute Unterschrift der oder des Versicherten mit Angabe des Datums je Behandlungstermin zu bestätigen. Die Initialen können ohne erneute Unterschrift der oder des Versicherten geändert oder ergänzt werden.

Fehlen die Kürzel (FKT), führt dies innerhalb der Laufzeit der Verordnung gemäß § 7 Absatz 5 nicht zu einer Absetzung oder zu einer Korrekturanforderung.“

19. In Ziffer 4 lit. l) wird das Feld „Korrekturzeitpunkt“ wie folgend gefasst:

„Die Unterschrift der oder des Versicherten muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgt sein. Nachträgliche Korrekturen des Behandlungsdatums, der oben genannten Leistungen und der Initialen des Leistungserbringers sind gemäß Ziffer 3 Absatz 2 möglich.“

20. In Ziffer 4. lit. m) wird das Feld „Erläuterung“ wie folgend gefasst:

„Wird die Behandlung vor Erreichen der verordneten Behandlungsmenge abgebrochen (vgl. § 3 Absatz 8), ist dies mit dem Datum des Behandlungsabbruches zu vermerken. Im Feld „Begründung“ ist der Grund anzugeben, warum die Behandlung nicht bis zum Erreichen der verordneten Behandlungsmenge durchgeführt wurde.

Bei vorzeitigem Behandlungsende (vgl. § 7 Absatz 2) ist dieses Feld nicht zu füllen.“

Artikel 5 - Änderungen der Anlage 4 – Fortbildung

1. Die Kopfzeile wird wie folgend gefasst:

„Anlage 4: Fortbildung i. d. F. vom [Datum der Beschlussfassung] zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V für Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.03.2021)“

2. In Ziffer 2 wird der 2. Absatz gestrichen.

Artikel 6 – Änderung der Anlage 6 - Anerkennniserklärung

1. Die Kopfzeile wird wie folgend gefasst:

Anlage 6: Anerkennniserklärung i. d. F. vom (Datum der Beschlussfassung) zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V für Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.03.2021)

2. Das Unterschriftenfeld für die fachliche Leitung wird gestrichen.

Artikel 7 – Geltung und Inkrafttreten

1. Diese Änderungsvereinbarung tritt zum 01.05.2026 in Kraft. Dabei gilt für die Angabe des Hausbesuches nach Artikel 1 Ziffer 10, Artikel 3 Ziffer 19 bzw. Artikel 4 Ziffer 17 eine Übergangsfrist bis zum 30.04.2027. Abweichend davon gelten die Regelungen von Artikel 5 rückwirkend zum 16.03.2021.

Berlin, den 02.03.2026

GKV-Spitzenverband

Hamburg, den 02.03.2026

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

Frechen, den 02.03.2026

Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl)

Moers, den 02.03.2026

Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e. V. (dbs)

Berlin, den 02.03.2026

LOGO Deutschland e. V. Selbstständige in der Logopädie (LD)