

HMP4	Höchstpreise
X3010	95,59 €
X3102	37,99 €
X3103	55,64 €
X3104	74,16 €
X3220	50,06 €
X3222	27,88 €
X3223	100,10 €
X3224	54,00 €
X3301	20,44 €
X9702	24,73 €
X9703	55,64 €
X9701	0,88 €
X9901	12,75 €
X9902	6,35 €
X9906	2,18 €
X9907	0,37 €
X9909	2,21 €
X9913	9,00 €
X9915	4,13 €
X9933	17,46 €
X9934	10,00 €
X9935	13,50 €
X9936	6,96 €

Hinweis: Positionen, die nur in einzelnen Verträgen vereinbart wurden, sind auch weiterhin nur für diese Verträge abrechnungsfähig. Für die Anwendung der Preise nach § 125b SGB V zum Stichtag 01.07.2019 (Behandlungsdatum oder Verordnungsdatum) gelten – wie in der Gesetzesbegründung zu § 125b SGB V beschrieben - die jeweils getroffenen vertraglichen Regelungen.

Anlage 3 zum Vertrag vom 01.04.2010

zwischen

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 der akademischen Sprachtherapeuten e.V. (dbs), Moers

der Interessengemeinschaft selbständiger LogopädInnen und SprachtherapeutInnen e.V.
(LOGO Deutschland), Saarbrücken

und

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK)

Bundeseinheitliche Höchstpreise

gem. § 125b SGB V

gültig ab 01.07.2019

(Datum der Leistungsabgabe)

§ 1

Gegenstand und Geltungsbereich

1. Diese Vergütungsvereinbarung nach § 125 SGB V regelt die Vergütungen von Leistungen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie für die Versicherten der Landwirtschaftlichen Krankenkasse.
2. Die Vergütungsvereinbarung gilt für alle zur Behandlung der Versicherten der LKK zugelassenen Mitglieder des dba, des dbl, des dbs und des LOGO D – jeweils im Umfang der ausgesprochenen Zulassung – und die LKK.

§ 2

Behandlung in Einrichtungen (Einzelintegration/Inklusion) gemäß § 11 Abs. 2 HeilM-RL mit Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (SSST)

1. Die Therapie in Einrichtungen begründet keine Hausbesuchvergütung, da es sich hierbei – im Gegensatz zu einem verordneten Hausbesuch – nicht um eine ärztliche Anordnung aufgrund einer medizinischen Notwendigkeit, sondern vielmehr um eine Erlaubnis bzw. Freigabe an den Therapeuten handelt und dieser stets entscheiden kann, ob er eine Therapie in Einrichtungen tatsächlich durchführen möchte.
2. Sollte jedoch im Rahmen der Einzelintegration/Inklusion eine SSST-Behandlung nach § 11 Abs. 2 S. 3 und 4 HeilM-RL in einer Regeleinrichtung notwendig sein, so ist dem Therapeuten der Aufwand des Besuches in der Regeleinrichtung zu vergüten. Der Therapeut führt die Behandlung in der Regeleinrichtung nur durch, wenn dort ein geeigneter Therapieraum zur Verfügung steht und das Therapieziel durch die Behandlung in der Regeleinrichtung nicht gefährdet wird. Der Therapeut stellt sicher, dass die Therapie während der Schulferien des Versicherten fortgeführt werden kann.
3. Zur besseren Nachvollziehbarkeit und zur Abgrenzung zu den bisherigen Hausbesuchspauschalen, sind diese Kosten über die Gebührenpositionsnummer X9935 bzw. X9936 abzurechnen. Auf der Verordnung hat der Therapeut den Ort der Behandlung konkret anzugeben und eine Bestätigung (Anlage) der Eltern beizufügen, dass das behandelte Kind dem besonderen Personenkreis angehört und ganztägig in der Einrichtung untergebracht ist. **Die LKK stellt sicher, dass diese Gebührenpositionen nicht in die Daten für die regionalen Heilmittelvereinbarungen gem. § 84 SGB V und auch nicht in die Wirtschaftlichkeitsprüfungen gem. § 106 SGB V einfließen.**
4. Die Möglichkeit der Abrechnung dieser neuen Abrechnungspositionen ist als Pilotprojekt befristet für Behandlungen, die in der Zeit vom 01.01.2017 bis 30.06.2020 erbracht werden. Nach Ablauf dieser Frist werten die Vertragspartner das Ergebnis aus und entscheiden über das weitere Vorgehen.

§ 3

Vergütung der Leistungen

1. Die Vergütungen der in der Leistungsbeschreibung des Rahmenvertrages gemäß § 125 SGB V vertraglich vereinbarten Leistungen richten sich nach den vereinbarten Preisen dieser Vergütungsvereinbarung. Diese Preise gelten als Höchstpreise im Sinne des § 125 Abs. 2 SGB V.

2. Die in der Vergütungsvereinbarung vereinbarten Preise gelten für alle Leistungen, die ab dem 01.08.2017 erbracht werden. Sofern Leistungen bereits nach der bisherigen Vereinbarung abgerechnet wurden, wird auf eine rückwirkende Korrektur verzichtet.
3. § 32 Abs. 2 SGB V i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V ist zu beachten. Die Zuzahlung beträgt 10 v. H. der Kosten der Heilmittel sowie 10 € je Verordnung (Rezept). Auch die Hausbesuchspauschalen (X9933, X9934, X9935, X9936) sind zuzahlungspflichtig. Von der Zuzahlung ist nur der gesetzlich festgelegte Personenkreis befreit.

§ 4

Transparenzvereinbarung zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte gem. § 125 Abs. 1 Satz 4 Nr. 5 SGB V

1. Um die flächendeckende Versorgung mit Heilmittelleistungen zu gewährleisten und einem Fachkräftemangel im Heilmittelbereich entgegen zu wirken, ist eine zufriedenstellende Vergütungssituation auch für angestellte Therapeutinnen und Therapeuten wichtig. Es muss sichergestellt werden, dass die Heilmittelleistungen von den Krankenkassen angemessen vergütet werden. Zudem ist zu gewährleisten, dass steigende Vergütungen für Heilmittelleistungen auch den angestellten Therapeutinnen und Therapeuten zugutekommen (Drucksache 18/11205 – Deutscher Bundestag – 18. Wahlperiode).
2. Im Rahmen der Vergütungsverhandlungen 2017 haben die Vertragspartner einen Abschluss deutlich oberhalb der GLS vereinbart. Die Leistungserbringer, die diese Vereinbarung anwenden, verpflichten sich, Mitarbeiter unter Berücksichtigung der aktuellen Preiserhöhungen angemessen zu vergüten.
3. Die Transparenzregelung sieht den Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte vor. Das ist vor folgendem Hintergrund nicht umsetzbar:

In den gemäß § 124 SGB V zugelassenen Praxen werden keine Tariflöhne gezahlt. Die Gehälter sind in privatrechtlichen Arbeitsverträgen geregelt. Das hat zur Folge, dass weder Krankenkassen noch Berufsverbände darauf Zugriff haben.
4. Auch keinen Zugriff haben die Krankenkassen aus datenschutzrechtlichen Gründen auf die Meldungen der Arbeitgeber an die Sozialversicherungsträger auf Grundlage der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung (DEÜV).
5. Eine Orientierung an offiziellen Statistiken ist ebenfalls nicht möglich, da es diese nicht gibt. Auch keine Aussagekraft hat die Statistik der Bundesagentur für Arbeit, denn der „Entgeltatlas“ gibt als Bruttomonatsentgelt nicht das der Arbeitnehmer in gemäß § 124 SGB V zugelassenen Praxen, sondern aller (auch nach TVöD bezahlten) in dieser „Berufsgattung“ tätigen an.
6. Für den Fall, dass in den Rahmenempfehlungen gem. § 125 Abs. 1 SGB V Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelte der Arbeitnehmer geregelt werden, vereinbaren die Vertragspartner, unverzüglich zusammen zu kommen, mit dem Ziel, mögliche Formen des Nachweises für die Entwicklung dieser Arbeitsentgelte zu erarbeiten. Die Ergebnisse werden dann bei den zukünftigen Vergütungsverhandlungen berücksichtigt.

§ 5 Abrechnung der Leistungen

Für die Abrechnung gelten die Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung sowie § 12 des Rahmenvertrages.

§ 6 Inkrafttreten und Laufzeit der Vergütungsvereinbarung

1. Die Vergütungsvereinbarung tritt am 01.08.2017 in Kraft.
2. Die Vergütungsvereinbarung kann durch die Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, frühestens jedoch zum 30.06.2020 schriftlich gekündigt werden. Bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung sind die bis dahin geltenden Preise der Abrechnung zu Grunde zu legen.

Vergütungsliste nach § 125 SGB V ab 01.07.2019

Schlüssel "Leistungserbringergruppe":
23 00 000
24 00 000 (vgl. Abrechnungshinweis Ziffer 4)
Bitte im maschinellen Datenaustausch angeben!

Pos.- Nr.	Leistungsbeschreibung	Preis	Zu- zah- lung
		brutto	
		ab 01.07.2019	
		EURO	EURO

Erstbefundung

X3010	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung (nur einmal je Behandlungsfall abrechenbar)	95,59	9,56
--------------	---	-------	------

Einzelbehandlung

X3102	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Einzelbehandlung <u>Regelbehandlungszeit: 30 Min.</u> mit dem Patienten	37,99	3,80
X3103	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Einzelbehandlung <u>Regelbehandlungszeit: 45 Min.</u> mit dem Patienten	55,64	5,56
X3104	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Einzelbehandlung <u>Regelbehandlungszeit: 60 Min.</u> mit dem Patienten	74,16	7,42

Gruppenbehandlung

X3220	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Gruppenbehandlung Gruppe mit bis zu 2 Patienten <u>Regelbehandlungszeit: 45 Min.</u> mit den Patienten	50,06	5,01
X3222	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Gruppenbehandlung Gruppe mit bis zu 3 bis 5 Patienten <u>Regelbehandlungszeit: 45 Min.</u> mit den Patienten	27,88	2,79
X3223	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Gruppenbehandlung Gruppe mit bis zu 2 Patienten <u>Regelbehandlungszeit: 90 Min.</u> mit den Patienten	100,10	10,01
X3224	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Gruppenbehandlung Gruppe mit bis zu 3 bis 5 Patienten	54,00	5,40

	<u>Regelbehandlungszeit: 90 Min.</u> mit den Patienten		
--	--	--	--

Bericht

X9702	Bericht nach Anforderung des verordnenden Arztes auf dem Verordnungsmuster 14 <u>Richtwert: 20 Minuten</u>	24,73	0,00
X9703	Bericht nach Anforderung des verordnenden Arztes auf dem Verordnungsmuster 14 Im Anschluss an die Erst-Verordnung, nach Abschluss des Regelfalls und außerhalb des Regelfalls <u>Richtwert: 45 Minuten</u>	55,64	0,00

Sonstige Leistungen

X9933	Ärztlich verordneter Hausbesuch (inkl. Wegegeld = Einsatzpauschale); abrechenbar bei Besuch <u>eines</u> Patienten im Privathaushalt des Patienten (einschl. Einrichtungen des „Betreuten Wohnens“), in einer Kurzzeitpflege i. S. des § 42 SGB XI oder in einer sozialen Einrichtung. Der Begriff „soziale Einrichtung“ bezeichnet Einrichtungen, die zur Pflege und Betreuung älterer, pflegebedürftiger oder behinderter Personen dienen. Dies sind insbesondere Alten-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen.	17,46	1,75
X9934	Ärztlich verordneter Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung (inkl. Wegegeld = Einsatzpauschale); abrechenbar, wenn <u>mehrere</u> Patienten in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang behandelt werden. Der Begriff „soziale Einrichtung“ bezeichnet Einrichtungen, die zur Pflege und Betreuung älterer, pflegebedürftiger oder behinderter Personen dienen. Dies sind insbesondere Alten-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen.	10,00	1,00
X9935	Besuch inkl. Wegegeld für die Behandlung eines Kindes oder Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (ggf. darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung) nach § 2 dieser Vergütungsvereinbarung. Voraussetzung ist, dass es sich um eine Einzelintegration/Inklusion in einer Regeleinrichtung handelt und sich das Kind/der Jugendliche ganztägig in der Einrichtung aufhält. Die Abrechnung ist ohne die Verordnung eines Hausbesuches möglich.	13,12	1,31
X9936	Besuch inkl. Wegegeld für die Behandlung von zwei und mehr Kindern oder Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (ggf. darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung) nach § 2 dieser Vergütungsvereinbarung in zeitlichem und räumlichem Zusammenhang. Voraussetzung ist, dass es sich um Einzelintegrationen/Inklusion in einer Regeleinrichtung handelt und sich die Kinder/ Jugendlichen ganztägig in der Einrichtung aufhalten. Die Abrechnung ist ohne die Verordnung eines Hausbesuches möglich.	6,96	0,70

Erläuterungen zur Vergütungsliste

- (1) Die Beträge sind Bruttobeträge im Sinne des UStG. Mehrwertsteuer kann daher auch dann nicht zusätzlich berechnet werden, wenn der Zugelassene die Voraussetzungen des § 4 UStG nicht erfüllt.
- (2) In den umstehend aufgeführten Beträgen sind alle Nebenleistungen enthalten. Zusätzliche Forderungen oder Zuzahlungen dürfen nicht geltend gemacht werden.
- (3) Abhängig von der Art der Grundzulassung des Leistungserbringers ist das X in der ersten Stelle von der Heilmittelpositionsnummer wie folgt zu ersetzen:

"3" bei Logopäden, staatlich geprüften Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen (Schule Schlaffhorst-Andersen) und staatlich geprüften Sprachtherapeuten

"4" bei den sonstigen Sprachtherapeuten.
- (4) Die Verwendung des Schlüssels "Leistungserbringergruppe" richtet sich nach der Grundzulassung des Therapeuten:

"23 00 000" bei Logopäden, staatlich geprüften Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen (Schule Schlaffhorst-Andersen) und staatlich geprüften Sprachtherapeuten

"24 00 000" bei den sonstigen Sprachtherapeuten.
- (5) Mit den Hausbesuchspauschalen (X9933, X9934, X9935, X9936) sind alle Kosten für den (Haus)besuch einschließlich Wegegeld abgegolten. Weitere Kosten sind in diesem Zusammenhang nicht abrechenbar.

Frechen, Hamburg, Kassel, Moers, Saarbrücken den 14.07.2017

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau als LKK

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

dbl
Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.

dbS
Deutscher Bundesverband der akademischen
Sprachtherapeuten e.V.

LOGO Deutschland
Interessengemeinschaft selbständiger
LogopädInnen und SprachtherapeutInnen e.V.

Protokollnotizen

1. Die Regelung einer Vergütung zur Umsetzung des § 11 (2) Heilmittel-Richtlinie i.d.F. vom 01.07.2011 (Behandlung in Einrichtungen) ist zwischen den Vertragspartnern strittig. Es wird seitens der Kassen von dem Grundgedanken ausgegangen, dass die Behandlung in Sondereinrichtungen aufgrund der Vielzahl der Patienten in diesen Einrichtungen kostendeckend durchgeführt werden könne. Die Verbände verweisen demgegenüber auf das geringe Patientenkontingent in der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und die Therapeutenwahlfreiheit des Patienten im SGB V.
2. Da kurzfristig mit keiner Änderung der HeilM-RL zu diesem Punkt gerechnet wird, haben sich die Vertragspartner auf ein befristetes Pilotprojekt verständigt (vgl. hierzu § 2 Nr. 4 des Vertrages). Allerdings könnte die Gefahr bestehen, dass die Regelschulen forcieren, viele Integrations-/Inklusionskinder aufzunehmen. Wenn diese während der Unterrichtszeit in der Einrichtung therapiert werden, könnten u. U. „Lehrerstellen“ abgebaut werden, weil die Kinder zum Großteil durch Therapeuten betreut werden. Dann würden unzulässige Kosten der Kultusministerien auf die GKV verlagert. Dies ist allerdings ein gesamtgesellschaftliches Problem, welches mit dem vorliegenden Vertrag nicht gelöst werden kann.
3. Die Verhandlungspartner sind sich einig, nach Abschluss des „Pilot-Projektes“ (Vergütung des Besuches bei Integration/Inklusion in einer Regeleinrichtung) das Ergebnis gemeinsam auszuwerten und zu bewerten, mit der Möglichkeit einer Anschlussvereinbarung. In dem Bewusstsein, dass in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Regelungen bestehen, ist für dieses Pilotprojekt eine bundeslandübergreifende Regelung angestrebt worden. Soweit Besonderheiten der Länder bei der Einschränkung auf Regeleinrichtungen Probleme bereiten, werden diese bei der Entscheidung über die Fortführung dieses Pilotprojektes berücksichtigt.
4. Die Verhandlungspartner sind sich einig, dass folgende These auf der Agenda der nächsten Verhandlungsrunde steht:

Die Erfahrungen der Krankenkassen zeigen, dass Zugelassene, die Mitglied eines Berufsverbandes sind, bei den Krankenkassen weniger Verwaltungsaufwand verursachen und damit einen Beitrag zur Reduzierung der Verwaltungskosten leisten. Denn Informationen zu den Verträgen, Beantwortung von Fragen zu Abrechnungen usw. erhalten diese durch ihren Berufsverband. Die Finanzierung der Berufsverbände erfolgt durch Mitgliedsbeiträge, die bei den Zugelassenen Mehrkosten verursachen. Dem Rechnung tragend erhalten Zugelassene, die am 01.01. eines Kalenderjahres Mitglied in einem der Berufsverbände sind, für das Kalenderjahr die zwischen den Vertragspartnern vereinbarten höheren Vertragspreise.

NACHWEIS DER ELTERN

Nur gültig mit Bestätigung der Einrichtung

Hiermit bestätige ich, dass mein Kind

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

folgende Einrichtung (Schule/Kindergarten/Kindertagesstätte) ganztäglich besucht:

Aufgrund von

(entsprechendes bitte ankreuzen)

- Integration
- Inklusion
- anderes (bitte ausführen) _____

soll mein Kind in der Einrichtung behandelt werden.

Datum, Ort

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

BESTÄTIGUNG DER EINRICHTUNG

Hiermit bestätigen wir, dass der o.g. Grund (Integration/Inklusion/anderes) zutreffend ist.

Datum, Ort

Unterschrift und Stempel der Einrichtung