

**Vertrag gemäß § 132b i. V. m. § 37a SGB V
über die Versorgung mit
Soziotherapie im Land Brandenburg**

zwischen

dem Leistungserbringer **Name der
Trägerinstitution:**

**Name der zugelassenen
Soziotherapeutin
Hauptsitz:
Straße/Postfach:
PLZ:
Ort:**

Institutionskennzeichen:

und

den Verbänden der
Krankenkassen

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

den Ersatzkassen:

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

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung
Berlin/Brandenburg**

**BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19
30173 Hannover**

IKK Brandenburg und Berlin

Knappschaft, Regionaldirektion Cottbus

**Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
(SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Hoppegarten**

- nachfolgend "Krankenkassen" genannt -

Inhaltsverzeichnis

Kapitel I – Allgemeine Grundsätze

- § 1 Gegenstand des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich
- § 3 Anspruchsberechtigter Personenkreis
- § 4 Genehmigung der Soziotherapie
- § 5 Vorläufige Kostenzusage
- § 6 Zuzahlungen
- § 7 Leistungsinhalt in der Einzel-/Gruppentherapie
- § 8 Soziotherapeutischer Betreuungsplan
- § 9 Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Facharzt
- § 10 Datenschutz, Schweigepflicht
- § 11 Maßnahmen bei Vertragsverstößen, Wiedergutmachung des Schadens

Kapitel II – Abrechnungsverfahren

- § 12 Institutionskennzeichen
- § 13 Rechnungslegung
- § 13a Abrechnung gemäß § 302 SGB V

Kapitel III – Fachliche und organisatorische Anforderungen sowie Qualitätssicherung

- § 14 Räumliche Mindestvoraussetzungen
- § 15 Soziotherapeutische Dokumentation
- § 16 Organisatorische Voraussetzungen
- § 17 Fachliche Anforderungen
- § 18 Qualitätssicherung
- § 19 Wirtschaftlichkeit
- § 20 Vergütung

Kapitel IV – Inkrafttreten und Kündigung

- § 21 Inkrafttreten
- § 22 Außerordentliche Kündigung
- § 23 Kündigung
- § 24 Einstellung des Betriebes
- § 25 Salvatorische Klausel

Anlagen

- Anlage 1: Soziotherapeutische Dokumentation (Muster)
- Anlage 2: soziotherapeutischer Leistungsnachweis
- Anlage 3: Meldebogen "Fortbildung"
- Anlage 4: Vergütungsvereinbarung
- Anlage 5: Bescheinigung über die Anmeldung beim gemeindepsychiatrischen Verbund
- Anlage 6: Bescheinigung über die Mitarbeit im gemeindepsychiatrischen Verbund
- Anlage 7: jährliche Leistungsstatistik

Kapitel I – Allgemeine Grundsätze –

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Versorgung der Versicherten mit Soziotherapie nach § 37a SGB V. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL) – nachfolgend ST-RL genannt – nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in Verbindung mit § 37a Abs. 2 SGB V sowie die Empfehlungen gemäß § 132b Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung sind Bestandteil dieses Vertrages.
- (2) Es ist eine fachlich kompetente und bedarfsgerechte Soziotherapie nach dem allgemein anerkannten Stand der psychosozialen Erkenntnisse unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu gewährleisten.

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Dieser Vertrag gilt ausschließlich für den Leistungserbringer von Soziotherapie mit Sitz im Land Brandenburg.
- (2) Der Vertrag gilt ausschließlich für den/die im Rubrum namentlich genannten Soziotherapeuten/in im Auftrag der ebenfalls aufgeführten Trägerinstitution. Werden vom Leistungserbringer weitere Therapeuten von Soziotherapie eingestellt oder werden neben dem Betriebssitz noch sogenannte Filialen oder Zweigstellen betrieben, ist für diese jeweils ein gesonderter Vertrag erforderlich. Mit diesem Vertrag ist keine Inanspruchnahmegarantie durch die Krankenkassen oder durch deren Versicherte verbunden.
- (3) Der Vertrag gilt für die vertragsschließenden Krankenkassen, Krankenkassenverbände, für die Mitgliedskassen (Ersatzkassen) der vertragsschließenden vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg sowie für die Betriebskrankenkassen, die gegenüber ihrem Landesverband diesem Vertrag beigetreten sind.

§ 3 Anspruchsberechtigter Personenkreis

- (1) Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, haben Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist.
- (2) Soziotherapie setzt voraus, dass der Versicherte die Therapieziele erreichen kann. Deshalb soll der Versicherte über das hierzu notwendige Mindestmaß an Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit verfügen und in der Lage sein, einfache Absprachen einzuhalten.

§ 4 Genehmigung der Psychotherapie

- (1) Mit Ausnahme der Verordnung nach Absatz 3 und 4 bedarf jede Verordnung von Psychotherapie der vorherigen Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse des Versicherten. Leistungen der Psychotherapie werden von der zuständigen Krankenkasse nur genehmigt, wenn eine ordnungsgemäß ausgefüllte ärztliche Verordnung gemäß Muster 26 vorliegt. Grundlage hierfür sind die in den ST-RL i. V. m. § 37a Abs. 2 SGB V beschriebenen Bestimmungen. Beizufügen ist der psychotherapeutische Behandlungsplan gemäß Muster 27 (§ 8 des Vertrages), der vom zur Verordnung berechtigten Facharzt (nachfolgend verordnender Facharzt genannt), dem Versicherten bzw. seinem gesetzlichen Vertreter sowie auch vom Leistungserbringer unterschrieben ist. Kann die Unterschrift durch den Versicherten bzw. seinen gesetzlichen Vertreter nicht erbracht werden, bleibt das Unterschriftsfeld auf dem Behandlungsplan frei.

Der Leistungserbringer gibt dort oder auf einer Anlage zu dem psychotherapeutischen Behandlungsplan die Gründe hierfür an. Änderungen oder Ergänzungen vertragsärztlicher Verordnungen bedürfen der Unterschrift des verordnenden Facharztes.

- (2) Art, Umfang und Dauer der vom Leistungserbringer zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus der Genehmigung der jeweiligen Krankenkasse. Die Grundlagen hierfür bilden die Verordnung des verordnenden Facharztes und der erstellte Behandlungsplan.
- (3) Ist der Versicherte nicht in der Lage, einen verordnenden Facharzt selbständig in Anspruch zu nehmen, kann der behandelnde Facharzt einen psychotherapeutischen Leistungserbringer per Verordnung hinzuziehen. Diese Verordnung erfolgt gemäß Muster 28 und umfasst maximal 5 Therapieeinheiten. Sie bedarf nicht der Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse. Ziel dieser Verordnung ist die Motivierung des Versicherten, den zur Verordnung von Psychotherapie berechtigten Facharzt aufzusuchen.
- (4) Es können vom verordnenden Facharzt bis zu 5 Probestunden zur Abklärung der Therapiefähigkeit des Versicherten und zur Erstellung des psychotherapeutischen Behandlungsplanes verordnet werden. Diese bedürfen nicht der vorherigen Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse. Die Probestunden werden in jedem Fall auf den Höchstanspruch pro Versicherten von 120 Stunden innerhalb von 3 Jahren angerechnet.
- (5) Kann die Durchführung der verordneten psychotherapeutischen Leistungen nicht mehr gewährleistet oder das Behandlungsziel nicht mehr erreicht werden, informiert der Leistungserbringer – unabhängig von den dem Facharzt obliegenden Verpflichtungen auf Grundlage der ST-RL – die zuständige Krankenkasse und den behandelnden Facharzt unverzüglich. Entsprechendes gilt bei vorzeitigem Erreichen der Therapieziele.

- (6) Die Kostenübernahmeerklärung verliert ihre Gültigkeit, wenn das Versicherungsverhältnis bei der Krankenkasse endet. Bei einem Krankenkassenwechsel während des Bewilligungszeitraumes der Psychotherapie gilt das Versicherungsprinzip. Die neu zuständige Krankenkasse übernimmt vom Beginn der Mitgliedschaft an die im Rahmen der bereits erteilten Genehmigung noch auszuführenden Leistungen. Die hierfür notwendigen Unterlagen stellt der Leistungserbringer der leistungspflichtigen Krankenkasse zur Verfügung.

§ 5 Vorläufige Kostenzusage

Die zuständige Krankenkasse übernimmt vom ärztlich festgelegten Leistungsbeginn an bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vom verordnenden Facharzt verordneten und vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen, wenn die ordnungsgemäß ausgefüllte Verordnung zusammen mit dem psychotherapeutischen Behandlungsplan am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der zuständigen Krankenkasse vorliegt.

§ 6 Zuzahlungen

Psychotherapie wird von der zuständigen Krankenkasse als Sachleistung zur Verfügung gestellt. Jegliche Zahlungen vom Versicherten im Rahmen der Vertragsleistungen dürfen vom Leistungserbringer weder gefordert noch angenommen werden. Verstöße berechtigen die Krankenkassenverbände zur fristlosen Vertragskündigung.

Die vom Versicherten zu leistende Zuzahlung je Kalendertag der Leistungsanspruchnahme gem. § 37a Abs. 3 SGB V wird von der leistungspflichtigen Krankenkasse eingezogen.

§ 7 Leistungsinhalt in der Einzel-/Gruppentherapie

- (1) Folgende Leistungen sind nach § 37a Abs. 2 SGB V in Verbindung mit den ST-RL in jedem Fall zu erbringen:
- Erstellung des psychotherapeutischen Behandlungsplans
 - Koordination von Behandlungsmaßnahmen und Leistungen
 - Arbeit im sozialen Umfeld des Versicherten
 - Psychotherapeutische Dokumentation gemäß Anlage 1.
- (2) Folgende Leistungen können nach § 37a Abs. 2 SGB V in Verbindung mit den ST-RL ggf. aufgrund der Struktur der spezifischen Versichertenprobleme erbracht werden:
- Motivations- (Antriebs-) relevantes Training
 - Training zur handlungsrelevanten Willensbildung
 - Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung
 - Hilfe in Krisensituationen.

§ 8 Psychotherapeutischer Behandlungsplan

- (1) Vor Beginn der Soziotherapie ist in Abstimmung mit dem verordnenden Facharzt und dem Versicherten ein soziotherapeutischer Behandlungsplan (Muster 27) zu erstellen. Nach Abschluss der Probestunden ist der soziotherapeutische Behandlungsplan in Zusammenarbeit mit dem verordneten Facharzt auf seine Realisierbarkeit zu überprüfen, ggf. zu ändern oder die Soziotherapie zu beenden.
- (2) Im soziotherapeutischen Behandlungsplan müssen enthalten sein:
 - Anamnese
 - Diagnose
 - aktueller Befund mit Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen des Patienten und Schweregrad gemäß GAF ("Global Assessment of Functioning" - Globale Erfassung des Funktionsniveaus)
 - die angestrebten Therapieziele und die erforderlichen Teilschritte (Nahziel und Fernziel)
 - die zur Erreichung der Therapieziele vorgesehenen therapeutischen Maßnahmen
 - die zeitliche Strukturierung der therapeutischen Maßnahmen
 - Prognose.

§ 9

Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Facharzt

- (1) Zur Sicherstellung der Leistungserbringung wirkt der Soziotherapeut mit dem zur Verordnung berechtigten Facharzt, dem Krankenhaus und der zuständigen Krankenkasse eng zusammen. Hierbei sind die Regelungen der §§ 7 und 8 der Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL zu beachten.
- (2) Der Soziotherapeut, der verordnende Facharzt und der Versicherte stimmen sich, ggf. unter Hinzuziehung des sozialen Umfeldes, in regelmäßigen Zeitabständen ab, mindestens jedoch jeden zweiten Monat, obligat vor und nach den fünf Probestunden sowie Folgeverordnung, um die soziotherapeutischen Leistungen unter Berücksichtigung des Therapieverlaufs hinsichtlich der Therapiefähigkeit zu bewerten und ggf. anzupassen.

§ 10

Datenschutz, Schweigepflicht

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (2. Kapitel des SGB X) zu beachten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.
- (2) Der Leistungserbringer und der Soziotherapeut unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der leistungspflichtigen Krankenkasse und dem MDK, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich sind, und gegenüber dem behandelnden Facharzt.
- (3) Der Leistungserbringer hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Datenschutzbestimmungen und der Schweigepflicht zu verpflichten. Die Verpflichtung ist zu dokumentieren.

§ 11

Maßnahmen bei Vertragsverstößen, Wiedergutmachung des Schadens

- (1) Beachtet der Leistungserbringer seine gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten nicht in der gebotenen Weise, kann die jeweilige Krankenkasse nach Anhörung des Leistungserbringers (§§ 24, 25 SGB X) über geeignete Maßnahmen entscheiden.
- (2) Als geeignete Maßnahmen kommen in Betracht:
 - a) eine Verwarnung, ggf. mit Auflagen
 - b) eine Abmahnung
 - c) nach billigem Ermessen eine Vertragsstrafe bis 25.000,00 EUR
 - d) die außerordentliche Kündigung des Vertrages nach § 22 dieser Vereinbarung.

Die Entscheidung ist dem Leistungserbringer schriftlich mitzuteilen.

- (3) Unabhängig von den Maßnahmen nach Absatz 2 ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden zu ersetzen.

§ 12 Institutionskennzeichen

(1) Jeder Leistungserbringer verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit den Krankenkassen verwendet. Für jede Filiale, Zweigstelle etc. ist ein gesondertes IK zu führen (vgl. § 2 Abs. 2 dieses Vertrages). Sonstige Leistungserbringer, die nicht über ein IK verfügen, verfahren gemäß § 302 SGB V.

(2) Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen.

Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der SVI unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die Krankenkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.

(3) Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist den Krankenkassen bei Vertragsabschluss mitzuteilen. Abrechnungen mit den Krankenkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK.

Das IK ist in jeder Abrechnung anzugeben. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Krankenkassen abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Krankenkasse unbekanntem IK.

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

§ 13 Rechnungslegung

(1) Die Rechnungslegung erfolgt nach den Maßgaben des § 302 SGB V. Es gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit den sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung.

(2) Die Rechnungen über die ausgeführten Leistungen sind nach Abschluss der soziotherapeutischen Behandlung bei der leistungspflichtigen Krankenkasse einzureichen. Der Abrechnung sind beizufügen

- der soziotherapeutische Behandlungsplan
- der soziotherapeutische Leistungsnachweis gem. § 13a (6) dieser Vereinbarung Anlage 2
- ggf. Leistungszusagen der Krankenkassen im Original.

Abgerechnet werden dürfen nur genehmigte, tatsächlich erbrachte und dokumentierte Leistungen.

- (3) Die Bezahlung vertragsgemäß erstellter Rechnungen erfolgt innerhalb von 4 Wochen nach Eingang bei der leistungspflichtigen Krankenkasse. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.
- (4) Auf jeder Rechnung ist die Krankenversichertennummer und das von der Vergabestelle vergebene Institutionskennzeichen (IK) anzugeben.
- (5) Überträgt der Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so gilt § 13a (10) dieser Vereinbarung.
- (6) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Abs. 5 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Leistungserbringer auszuwählen. Eine Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist mit dem Auftragnehmer zu schließen und den Krankenkassenverbänden vorzulegen.
- (7) Es gilt § 13a (8) dieser Vereinbarung.

§ 13a Abrechnung gemäß § 302 SGB V

- (1) Nach Einführung des maschinellen Abrechnungsverfahrens hat die Abrechnung folgende Bestandteile:
 - Abrechnungsdaten,
 - Urbelege (Verordnungsblätter, soziotherapeutischer Betreuungsplan im Original),
 - ggf. Leistungszusagen der Krankenkassen im Original,
 - Leistungsnachweis im Original (durchgeführte soziotherapeutische Maßnahmen gem. Anlage 1)
 - Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),
 - Begleitzettel für Urbelege (bei maschineller Abrechnung)

Nach § 303 Abs. 3 SGB V dürfen die Krankenkassen Abrechnungen der Leistungserbringer nur vergüten, wenn die jeweils gesetzlich vorgeschriebenen Daten nach § 2 Abs. 1, Buchstaben a) (Abrechnungsdaten) und e) (Gesamtaufstellung der Abrechnung) der Richtlinien nach § 302 SGB V im zugelassenen Umfang maschinenlesbar oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern angegeben oder übermittelt und die Daten nach Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Leistungszusagen) sowie Leistungsnachweise in der dem Leistungserbringer vorliegenden Form vorgelegt worden sind.

Ab dem Zeitpunkt der Einführung des maschinellen Abrechnungsverfahrens in der Soziotherapie durch die Spitzenverbände der Krankenkassen sind die folgenden Abrechnungsanforderungen zu beachten. Abrechnungen, die nicht den Richtlinien nach § 302 SGB V entsprechen, werden ab diesem Zeitpunkt von den Krankenkassen abgewiesen.

- (2) Jeder neue Vertragspartner ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Abs. 1 bei der jeweils zuständigen "Kopfstelle" der einzelnen Kassenarten anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde.
- (3) Zur Sicherstellung der Vergütung erbrachter Leistungen ist bei der Aufnahme des maschinellen Abrechnungsverfahrens vom einzelnen neuen Vertragspartner zunächst eine Erprobungsphase mit den einzelnen Krankenkassen durchzuführen. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen nach dem bisherigen Abrechnungsverfahren. Dabei sind die maschinellen Daten mit der Kennung "TSOL" als Testdaten zu kennzeichnen. Die maschinellen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein.

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

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

- (4) Die Rechnungslegung erfolgt je Verordnung. Zwischenabrechnungen sind – nach Absprache mit der zuständigen Krankenkasse – möglich. Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von den Krankenkassen benannten Stellen zu liefern. Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte Datenlieferungen sowie nicht korrekt vom Leistungserbringer ausgefüllte Urbelege werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet.
- (5) Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach § 2 Abs. 1 Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Leistungszusagen) der Richtlinien sowie Leistungsnachweise sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung (Übermittlung der maschinellen Abrechnungsdaten nach § 2 Abs. 1 Buchstaben a) und e) der Richtlinien) an die von den Krankenkassen benannten Stellen zu liefern. Die Unterlagen sind im Original in der in den Richtlinien beschriebenen Sortierreihenfolge zu übermitteln. Die Leistungsnachweise sind den zu Grunde liegenden Verordnungen zuzuordnen. Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen führen zur Abweisung der Rechnung. Den rechnungsbegründenden Unterlagen ist bei maschineller Abrechnung ein Begleitzettel gemäß § 2 Abs. 1 Buchstabe f) der Richtlinien beizufügen.
- (6) Der Versicherte hat die Abgabe der verordneten Leistungen am Tag der Leistungserbringung durch Unterschrift auf dem soziotherapeutischen Leistungsnachweis (Anlage 2) zu bestätigen. Quittierungen im Voraus oder nachträglich sind unzulässig.

Ist der Versicherte nicht in der Lage, den soziotherapeutischen Leistungsnachweis selbst zu unterschreiben, kann die Unterschrift durch einen Vertretungsberechtigten

erfolgen. Hierüber ist die zuständige Krankenkasse in der Abrechnung schriftlich zu unterrichten. Kann die Unterschrift im Ausnahmefall weder durch den Versicherten noch durch einen Vertretungsberechtigten erbracht werden, bleibt das Unterschriftsfeld auf dem soziotherapeutischen Leistungsnachweis frei. Der Therapeut gibt auf dem soziotherapeutischen Leistungsnachweis, ggf. auf einer Anlage zum soziotherapeutischen Leistungsnachweis, die Gründe hierfür an. Eine Unterschrift für den Versicherten durch den Leistungserbringer oder seine Mitarbeiter ist ausgeschlossen.

- (7) In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" anzugeben.
- (8) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die zuständige Krankenkasse dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben.

Beanstandungen müssen innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können – auch ohne Einverständnis des Zugelassenen – mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden.

- (9) Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen bei den von den Krankenkassen benannten Stellen. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.
- (10) Überträgt ein Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Leistungserbringer die Krankenkassenverbände unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, ist mitzuteilen. Das Abrechnungszentrum ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß Abs. 2 zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnung ausschließlich auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Abs. 1.

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

Hat der Leistungserbringer dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die Krankenkassen mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist der Leistungserbringer für die Einhaltung des Entzugs der Vollmacht verantwortlich und die Zahlungen der Krankenkassen an das Abrechnungszentrum erfolgen so lange mit schuldbefreiender Wirkung, bis den Krankenkassenverbänden eine Information über den Entzug der Inkassovollmacht schriftlich zugegangen ist. Maßgeblich ist der Eingang der schriftlichen Information bei den Krankenkassenverbänden.

- (11) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Ziffer 10 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung

beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist den Krankenkassenverbänden vorzulegen.

- (12) Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), SED-Unrechtsbereinigungsgesetz, Straf-Reha-Gesetz sowie Personen, die nach zwi-schenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenver-sicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform für die Krankenkasse zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der Abrechnung stets gesondert beizufügen.

Kapitel III

- Fachliche und organisatorische Anforderungen sowie Qualitätssicherung -

§ 14

Räumliche Mindestvoraussetzungen

- (1) Für Gruppengespräche muss ein geeigneter Raum zur Verfügung stehen. Toilette und Handwaschbecken müssen vorhanden sein.
- (2) Die Raumhöhe muss durchgehend 2,40 m – lichte Höhe – betragen. Alle Räume müssen ausreichend be- und entlüftbar sowie beheizbar und beleuchtbar sein. Ein barrierefreier Zugang sollte möglich sein.
- (3) Zur Aufbewahrung von Versichertendaten müssen abschließbare Schränke vorhanden sein.

§ 15

Soziotherapeutische Dokumentation

- (1) Vom Leistungserbringer ist eine soziotherapeutische, fortlaufende Dokumentation zu führen (vgl. Anlage 1). Sie hat insbesondere Angaben über die Betreuung, Art, Dauer und den Umfang der durchgeführten Maßnahmen, den Behandlungsverlauf und die bereits erreichten bzw. die noch verbleibenden Therapieziele zu enthalten. Diese Dokumentation schließt die Berichterstattung an den verordnenden Facharzt, die Krankenkasse und ggf. den Medizinischen Dienst ein. Die soziotherapeutische Dokumentation ist der Abrechnung mit der Krankenkasse beizufügen.
- (2) Die soziotherapeutische Dokumentation muss vor dem Zugriff von Unberechtigten geschützt werden.
- (3) Die Aufbewahrungsfrist für die Dokumentation beträgt 5 Jahre nach Ende des Kalenderjahres der Leistungserbringung, soweit nicht andere gesetzlich vorgeschriebene längere Aufbewahrungsfristen gelten.

§ 16

Organisatorische Voraussetzungen

- (1) Der Leistungserbringer hat den Krankenkassen vor Vertragsschluss schriftlich und verbindlich folgende Nachweise vorzulegen:
 - a) Abschluss einer ausreichenden Betriebshaftpflicht für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die regelmäßig an die aktuelle Betriebsgröße angepasst wird
 - b) Vorlage einer beglaubigten Kopie des Auszugs aus dem Bundeszentralregister der Generalbundesanwaltschaft (polizeiliches Führungszeugnis; nicht älter als 3 Monate) für die Leitung/den Inhaber
 - c) Kopie des Mietvertrages/Eigentumsnachweises bzw. Nutzungsvertrages mit Nachweis zur gewerblichen Nutzung geeigneter, in sich geschlossener Geschäftsräume, Nachweis eines eigenständigen Telefonabschlusses (nicht allein Funktelefon)

d) Angaben über die Gesellschafter des Leistungserbringers bei der Rechtsform:

1. einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR),
 - Auszug aus dem Gesellschaftsvertrag in Kopie mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck,
2. einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH),
 - Auszug aus dem notariell beurkundeten Gesellschaftsvertrag in Kopie mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck sowie
 - einen beglaubigten Auszug aus dem Handelsregister des zuständigen Amtsgerichtes,
3. eines eingetragenen Vereins (e. V.),
 - Auszug aus der Vereinssatzung in Kopie mit Angabe der Vorstandsmitglieder, Geschäftsführung, Vereinszweck sowie
 - einen beglaubigten Auszug aus dem Vereinsregister,
4. Für andere Gesellschaftsformen (z. B. OHG, KG, AG, Partnergesellschaften sowie Mischformen) und Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts gelten die vorstehenden Nachweispflichten entsprechend.

e) Beglaubigte Kopien der Qualifikationsnachweise der/des Soziotherapeuten

h) Institutionskennzeichen des jeweiligen Leistungserbringers.

Änderungen sind den Krankenkassen unverzüglich bekannt zu geben.

- (2) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Tätigkeit spätestens ein Jahr nach Vertragsabschluss im Rahmen einer hauptberuflichen Tätigkeit auszuüben und dies gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen.
- (3) Der Leistungserbringer hat eine Mitarbeiterdokumentation, die u. a. die gültigen Arbeitsverträge sowie Nachweise über die Qualifikation, Fortbildung und Sozialversicherung der Mitarbeiter-/innen enthält, entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu führen und Personaleinsatzpläne zu erstellen

Personelle Veränderungen sind den Krankenkassenverbänden unter Vorlage der erforderlichen Unterlagen schriftlich nachzuweisen.

§ 17 Fachliche Anforderungen

- (1) Soziotherapie kann nur durch Angehörige folgender Berufsgruppen erbracht werden:
 - Sozialarbeiter/Sozialpädagogen mit einem staatlich anerkannten Abschluss (Diplom, Bachelor/Master) einer Hochschule
 - Psychologen mit einem staatlich anerkannten Abschluss (Diplom, Bachelor/Master) einer Hochschule
 - Gesundheits- und Krankenpflegekraft mit Weiterbildung im Bereich Psychiatrie.

- (2) Der Leistungserbringer weist für alle Personen, die Soziotherapie erbringen, eine vorherige mindestens dreijährige psychiatrische Berufspraxis, davon mindestens ein Jahr in einer Einrichtung der regionalen Pflichtversorgung (allgemeinpsychiatrisches Krankenhaus oder psychiatrischen Abteilung, psychiatrischen Tagesklinik, psychiatrischen Institutsambulanz) und ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung nach.
- (3) Der Leistungserbringer weist für alle Personen, die Soziotherapie erbringen zusätzlich Folgendes nach:
- Kenntnisse der psychiatrischen Erkrankungen
 - Kenntnisse und praktische Erfahrungen mit schwer psychisch Kranken, insbesondere im Hinblick auf deren Verhaltensweisen und Krisenfrühwarnzeichen
 - Kenntnisse und Erfahrungen in koordinierender und begleitender Unterstützung und Gruppenarbeit
 - Kenntnisse über komplexe, aktivierende und handlungsorientierte Methoden und Verfahren
 - Kenntnisse in der Aufstellung und Umsetzung von soziotherapeutischen Betreuungsplänen
 - Kenntnisse in der Formulierung von Therapiezielen
 - Kenntnisse in der Dokumentation von Behandlungsverläufen
 - Kenntnis des gemeindepsychiatrischen Verbundsystems
 - Kenntnis des Sozialleistungssystems
 - Kenntnisse in Rechtskunde, insbesondere im Hinblick auf die Betreuung von psychisch Kranken.
- (4) Der Leistungserbringer für Soziotherapie muss in ein gemeindepsychiatrisches Verbundsystem oder vergleichbare Versorgungsstrukturen eingebunden sein und mindestens drei der nachstehenden fünf Leistungskomplexe erbringen:
- Sozialpsychiatrische Leistungen zur ambulanten Grundversorgung
 - Sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung
 - Sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesstrukturierung/-gestaltung und Kontaktfindung
 - Sozialpsychiatrische Leistungen zur Arbeit und Beschäftigung
 - Sozialpsychiatrische Leistungen zur Planung, Koordinierung und Abstimmung der Hilfen.

§ 18 Qualitätssicherung

Der Leistungserbringer hat für alle Personen, die Soziotherapie erbringen, folgende Verpflichtungen zu erfüllen und umgehend nachzuweisen:

- a) Innerhalb der ersten 2 Jahre der soziotherapeutischen Tätigkeit sind mindestens 20 Doppelstunden Teilnahme an einer Balintgruppe oder einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppe (KVG) oder einer Fallsupervision erforderlich.
- b) Besuch von jährlich 4 Fortbildungsveranstaltungen, mit jeweils zwei Doppelstunden, insgesamt 16 Stunden, die zur Hälfte Fortbildungsveranstaltungen zur allgemeinen Psychiatrie und zur anderen Hälfte Fortbildungsveranstaltungen zu sozialpädagogischen Themen sind.

- c) Jährlich mindestens 16 Stunden (im Durchschnitt 2 Doppelstunden pro Quartal) Erfahrungsaustausch unter berufstätigen soziotherapeutischen Leistungserbringern.
- d) Der Nachweis der durchgeführten Fortbildungsmaßnahmen nach den Buchstabe b) und c) erfolgt einmal jährlich durch stichtagsbezogene Meldung (31.12. eines Jahres) zum 01. des Folgejahres auf dem Meldebogen gemäß Anlage 3. Wird die Fortbildung nicht vollumfänglich durchgeführt, erfolgt eine Kürzung der vereinbarten Vergütung der Leistungen in Höhe von 10 Prozent ab dem Zeitpunkt der Vertragsverletzung (auch rückwirkend). Innerhalb einer Frist von 3 Monaten ist die fehlende Fortbildung vollumfänglich durchzuführen und nachzuweisen, anderenfalls wird das Vertragsverhältnis entsprechend § 22 außerordentlich gekündigt.
- e) Der Leistungserbringer übergibt den Krankenkassenverbänden jährlich bis zum 31.03. des Folgejahres eine Leistungsstatistik gemäß Anlage 7 (begonnene und abgeschlossene Fälle im Berichtsjahr).

§ 19 Wirtschaftlichkeit

- (1) Die Leistungen sind im Rahmen des Notwendigen insgesamt ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, kann der Versicherte nicht beanspruchen, die Krankenkasse nicht bewilligen und der Leistungserbringer nicht zu Lasten der Krankenkasse erbringen.
- (2) Sind die verordneten Leistungen der Soziotherapie im Hinblick auf das Behandlungsziel nicht mehr notwendig oder wirksam, sind der behandelnde Facharzt und die zuständige Krankenkasse umgehend zu informieren. Die Soziotherapie ist in diesen Fällen zu beenden. Entsprechendes gilt auch bei Probestunden.

§ 20 Vergütung

Die Vergütung der Vertragsleistungen ergibt sich aus Anlage 4, die Bestandteil dieses Vertrages ist. Mit den Vergütungsbeträgen sind sämtliche Aufwendungen, die mit den nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen verbunden sind, abgegolten.

Kapitel IV - Inkrafttreten und Kündigung -

§ 21 Inkrafttreten

Dieser Vertrag und die Vergütungsvereinbarung (Anlage 4) treten am 01.01.2017 in Kraft.

Mit Inkrafttreten dieses Vertrages wird der gemeinsame Vertrag mit den Krankenkassenverbänden im Land Brandenburg vom xx.xx.xxxx mit Wirkung ab xx.xx.xxxx außer Kraft gesetzt.

§ 22 Außerordentliche Kündigung

Das Vertragsverhältnis kann gegenüber dem Leistungserbringer ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist nach Anhörung (§§ 24, 25 SGB X) gekündigt werden, wenn der Leistungserbringer seine gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem Versicherten oder dessen Krankenkasse derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten an dem Vertrag nicht zumutbar ist. Solche Pflichtverletzungen liegen insbesondere vor,

- wenn der Versicherte infolge der Pflichtverletzung an Leib und Leben zu Schaden kommt oder in seinen vermögenswerten Rechten verletzt wird
- bei Manipulationen jeder Art, z. B. Leistungsbestätigung im Voraus
- bei Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
- bei der Forderung oder Annahme von Zuzahlungen vom Versicherten zu den Vertragsleistungen (vgl. § 6 Abs. 2 dieser Vereinbarung)
- bei Nichterfüllung der Durchführung von Fortbildungsmaßnahmen gemäß § 16 Buchst. d) dieser Vereinbarung innerhalb der Nachfrist
- bei wiederholtem oder schwerem Verstoß gegen Datenschutzbestimmungen (vgl. § 10 dieser Vereinbarung).

§ 23 Kündigung

- (1) Dieser Vertrag und die Vergütungsvereinbarung (Anlage 4) können von jedem Vertragspartner mit sechswöchiger Frist zum Ende eines Quartals ganz oder teilweise und unabhängig voneinander gekündigt werden (ordentliche Kündigung), frühestens zum 31.12.2018. Die Kündigung bedarf der Schriftform.
- (2) Eine Kündigung des Leistungserbringers hat gegenüber allen vertragsschließenden Krankenkassenverbänden im Land Berlin einzeln für jeden Vertragspartner zu erfolgen und ist nur wirksam, wenn sie allen Vertragspartnern auf Kassenseite form- und fristgerecht zugegangen ist. Die Kündigung seitens der Krankenkassenverbände kann nur gemeinsam erfolgen.
- (3) Bis zum Abschluss eines neuen Vertrages gelten die Bestimmungen des alten Vertrages weiter. Gleiches gilt für die Vergütungsvereinbarung (§ 20 dieser Vereinbarung, Anlage 4).

§ 24
Einstellung des Betriebes

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Krankenkassen von der beabsichtigten vollständigen oder teilweisen Einstellung seiner Tätigkeit nach diesem Vertrag rechtzeitig, spätestens 6 Wochen vorher, schriftlich oder vorab per Telefax, zu unterrichten.
- (2) Der zuständigen Krankenkasse sind in diesem Falle Name und Versicherungsnummer der betroffenen Versicherten, die bei ihr versichert sind, mitzuteilen.

§ 25
Salvatorische Klausel

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

Nauen, Berlin, Potsdam, Cottbus, Hoppegarten den xx.xx.xxxx

Leistungserbringer (zugelassener Soziotherapeut)

Trägerinstitution (Stempel)

AOK Nordost- Die Gesundheitskasse

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung
Berlin/Brandenburg

BKK Landesverband Mitte
Regionalvertretung Berlin und Brandenburg

IKK Brandenburg und Berlin

Knappschaft,
Regionaldirektion Cottbus

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Anlage 1 zum Vertrag gem. § 132b i.V.m. § 37a SGB V – Soziotherapie im Land Brandenburg

3. Zusammenarbeit mit verordnendem Arzt und sonstigen Leistungserbringern

Datum	Besprechung von Behandlungsverlauf und -fortschritten und Benennung ggf. offener Therapieziele	Name des Therapeuten	Datum, Unterschrift

Soziotherapeutischer Leistungsnachweis

Leistungserbringer:

IK:

Name der Krankenkasse:

IK:

Name des Versicherten:

KV-Nr. / Geb.datum:

Zeitraum von: bis:

1. Koordination von verordneten Leistungen

Nr.	Ort, Datum	Leistungsinhalt	Unterschrift des Soziotherapeuten

2. Zusammenarbeit mit dem verordneten Facharzt und sonstigen Leistungserbringern

Nr.	Ort, Datum	Leistungsinhalt	Unterschrift des Soziotherapeuten

3. Soziotherapeutische Maßnahmen

Nr.	Ort, Datum	Dauer von/bis	Art der Leistungen	Unterschrift des Soziotherapeuten	Unterschrift des Versicherten
	Zeitaufkommen aus Nr.3				
	Zeitaufkommen aus Nr.1 und 2				
	Zeitaufkommen gesamt			Vergütung je Therapieeinheit:	Vergütung insgesamt:
	Anzahl Hausbesuche			Vergütung je Hausbesuch:	Vergütung je Hausbesuch insgesamt:
					Summe insgesamt:

Anmerkungen:

**Meldebogen "Fortbildung" (§ 13 Buchst. d)
zum Vertrag über die Versorgung mit
Soziotherapie
nach § 132b i.V.m. § 37a SGB V**

Name des
Soziotherapeuten: _____

Name der
Trägerinstitution: _____

Straße: _____
PLZ: _____
Ort: _____

Institutionskennzeichen: _____

Erklärung:

Ich habe im Jahr _____ die nach § 13 Buchst. b) und c) geforderten Fortbildungsmaßnahmen durchgeführt in einem Umfang von

_____ Stunden für die Teilnahme an _____ Fortbildungsveranstaltungen.

nicht durchgeführt, weil _____

_____ Stunden für den Erfahrungsaustausch.

nicht durchgeführt, weil _____

Datum, Unterschrift des Soziotherapeuten

Bescheinigung
über die Anmeldung beim gemeindepsychiatrischen Verbund

im Landkreis/kreisfreie Stadt:.....

Am(Datum) hat sich bei mir
als Leistungserbringer der Soziotherapie gem. § 37a SGB V vorgestellt:

Träger / Name:.....

Anschrift:

Telefon:

Fax:

eMail:

Folgende Soziotherapeuten werden für den o.g. Leistungserbringer der Soziotherapie tätig sein (Name, Berufsbezeichnung):

1.

2.

3.

Der o.g. Leistungserbringer der Soziotherapie, vertreten durch Herrn/Frau
.....

- ist mir bekannt und arbeitet bereits jetzt aktiv in den Strukturen des gemeindepsychiatrischen Verbundes mit.
- wurde von mir über die Strukturen des gemeindepsychiatrischen Verbundes informiert und hat seine aktive Mitarbeit zugesichert.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ort, Datum.....

(Stempel, Unterschrift der Psychiatriekoordinatorin / des Psychiatriekoordinators)

Bescheinigung
über die Mitarbeit im gemeindepsychiatrischen Verbund

im Landkreis/kreisfreie Stadt

Der soziotherapeutische Leistungserbringer

Träger:

Anschrift:

war im abgelaufenen Jahr regelmäßig persönlich bzw.
durch Mitarbeiter in den Gremien des gemeindepsychiatrischen Verbundes vertre-
ten.

Ort, Datum

(Stempel, Unterschrift der Psychiatriekoordinatorin / des Psychiatriekoordinators)

Anlage 7 zum Vertrag gem. § 132b i.V.m. § 37a SGB V – Soziotherapie im Land Brandenburg

Name und Anschrift des Leistungserbringers: _____

Name des Soziotherapeuten: _____

Leistungsdokumentation – Soziotherapie für 20

Name der Krankenkasse	behandelte Versicherte insgesamt	Anzahl der Versicherten mit mind. einem abgerechnetem Behandlungsintervall = 30 Th.Einheiten	Anzahl der Versicherten, die max. Probestunden erhalten haben	Anzahl der abgerechneten Stunden Einzeltherapie	Anzahl der abgerechneten Stunden Gruppentherapie	neu begonnene Fälle im lfd. Kalenderjahr	abgeschlossene Fälle im lfd. Kalenderjahr
AOK Nordost							
sonstige AOK							
IKK BB							
sonstige IKK							
BKK VBU							
SBK							
sonstige BKK							
Knappschaft							
SVLFG							
TK							
BARMER GEK							
DAK							
KKH							
hkk							
HEK							
sonstige							
insgesamt							