

Vertrag
gemäß § 132 b SGB V
über die Versorgung mit Psychotherapie

zwischen der

Institutionskennzeichen:

- nachfolgend Leistungserbringer genannt -

- einerseits -

und

der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen,

dem BKK Landesverband Süd
für die Betriebskrankenkassen,

der IKK classic,
zugleich handelnd als Vertreterin der BIG direkt gesund, IKK gesund plus, IKK Nord,
IKK Südwest,

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als landwirtschaftliche Krankenkasse,

der KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt,

den Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen

- nachfolgend Verbände der Krankenkassen/Krankenkassen genannt -

- andererseits -

wird zur Durchführung von Psychotherapie Folgendes vereinbart:

Soweit für eine Mehrzahl von Personen verschiedener Geschlechter die männliche Form verwendet wird, geschieht dies zur textlichen Vereinfachung und bezieht auch die weibliche Form sowie jede weitere Form mit ein.

§ 1

Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist die Durchführung der ambulanten Psychotherapie gemäß § 37 a Abs. 1 SGB V, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist.

Die Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 in Verbindung mit § 37 a SGB V und § 132b SGB V ist Bestandteil dieses Vertrages und als **Anlage 1** beigefügt.

- (2) Psychotherapie stellt eine spezielle Leistung für Versicherte dar, die wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen. Sie umfasst die im Einzelfall erforderliche Koordinierung verordneter Leistungen der Krankenhausbehandlung, die in die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung fallen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme.

§ 2

Geltungsbereich

- (1) Der Vertrag gilt ausschließlich für die im Rubrum genannten Vertragspartner. Werden vom Leistungserbringer neben dem Betriebssitz noch sogenannte Filialen oder Zweigstellen betrieben, ist für diese ein gesonderter Vertrag erforderlich. Mit diesem Vertrag ist keine Inanspruchnahmegarantie durch die Verbände der Krankenkassen/Krankenkassen oder durch die Versicherten verbunden.
- (2) Der Vertrag ist an die Leistungserbringung ausschließlich durch folgende Person gebunden:

Vorname Name

Personelle Änderungen sind den Vertragspartnern unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Diese entscheiden nach Prüfung über eine ggf. geänderte Fortführung des Vertrags.

§ 3

Berechtigung zur Abgabe der Leistungen

- (1) Die Voraussetzungen an den Leistungserbringer für Soziotherapie ergeben sich aus den als **Anlage 2** beigefügten allgemeinen Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie in Hessen und stellen Mindeststandards dar. Vertragsrelevante Veränderungen hat der Leistungserbringer unverzüglich mitzuteilen.
- (2) Mit Abschluss dieses Vertrages erkennt der Leistungserbringer die Bestimmungen dieses Vertrages für sich und gegebenenfalls nachgeordnetes Personal verbindlich an und ist nach Maßgabe dieses Vertrages berechtigt und verpflichtet, Soziotherapie für Versicherte der Verbände der Krankenkassen/Krankenkassen durchzuführen.

§ 4

Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Leistungen nach diesem Vertrag nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen und ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich erbracht werden. Dabei ist zu beachten, dass es sich bei der gesetzlichen Vorgabe des Leistungsanspruches nach § 37 a Abs. 1 Satz 3 SGB V um eine Höchstgrenze handelt. Der Leistungserbringer stellt die Durchführung der Leistungen in Krisensituationen auch an Feiertagen sowie nachts sicher. Es besteht keine Verpflichtung, einen Krisendienst vorzuhalten. Leistungserbringer und Patient vereinbaren eine individuelle und auf den Gesundheitszustand des Patienten abgestimmte Regelung für den Fall einer Krisensituation. Der Leistungserbringer gewährleistet, dass die Weiterführung der Soziotherapie im dringenden Bedarfsfall auch bei seiner Abwesenheit, z.B. Urlaub, sichergestellt ist. Für diesen Fall sind individuelle und auf den Gesundheitszustand des Patienten abgestimmte Absprachen zwischen Leistungserbringer und Patienten möglich.
- (2) Soziotherapie ist nach den allgemein anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu erbringen. Der Leistungserbringer hat im Rahmen der Durchführung der Soziotherapie nach § 37 a SGB V die Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V sowie die Weisung der in dieser Richtlinie benannten Verordnungsberechtigten zu beachten.
- (3) Der Leistungserbringer stimmt sich in regelmäßigen Zeitabständen, obligatorisch vor und nach den Probestunden, sowie mindestens jeden zweiten Monat und vor jeder Folgeverordnung mit dem Verordnungsberechtigten ab, um die soziotherapeutischen

Leistungen unter Berücksichtigung des Therapieverlaufes hinsichtlich der Therapieziele anzupassen. Anregungen und Therapieinhalte anderer beteiligter Leistungserbringer sind bei der Durchführung der Soziotherapie zu berücksichtigen.

- (4) Ist die Notwendigkeit oder Wirksamkeit der verordneten Leistungen im Hinblick auf das Behandlungsziel nicht mehr vorhanden (Ergebnisqualität), sind der Verordnungsbeauftragte und die Krankenkasse durch den Leistungserbringer umgehend zu informieren.
- (5) Der Leistungserbringer haftet gegenüber den Versicherten und der Krankenkasse nach den Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (§ 61 SGB X). Er stellt sicher, dass erforderliche Versicherungen in ausreichender Höhe abgeschlossen sind und stellt die Krankenkasse von Ansprüchen frei, die gegenüber dieser im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen nach diesem Vertrag von Dritten geltend gemacht werden.
- (6) Eine Leistungserbringung für Versicherte, für die der Leistungserbringer ein Betreuungsverhältnis nach dem bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) eingegangen ist, ist abgeschlossen.
- (7) Verordnung, Durchführung und Vergütung von Leistungen der Soziotherapie für Versicherte, die sich bereits in den nachfolgend aufgeführten Maßnahmen befinden, bedürfen jeweils einer detaillierten Begründung:
 - a) ambulante Behandlungsmaßnahmen, dies sind insbesondere
 - ambulante Psychotherapie
 - psychiatrische Institutsambulanzen
 - b) ambulante Betreuungsmaßnahmen, dies sind insbesondere
 - psycho-soziale Kontakt- und Beratungsstellen
 - c) voll- und teilstationäre Behandlungsmaßnahmen, dies sind insbesondere
 - Krankenhausbehandlung
 - Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen
 - d) voll- und teilstationäre Betreuungsmaßnahmen, dies sind insbesondere
 - Tagesstätte für psychisch Kranke
 - alle Formen von Wohngruppen und -heimen

- Werkstatt für Behinderte

§ 5

Abgabe der Leistungen

- (1) Abgesehen von den in der Soziotherapierichtlinie benannten Ausnahmetatbeständen bedarf jede Verordnung von Soziotherapie der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse des Versicherten. Leistungen der Soziotherapie werden von der Krankenkasse nur genehmigt, wenn eine ordnungsgemäß ausgefüllte ärztliche Verordnung gemäß Muster 26 vorliegt. Grundlage hierfür sind die in der Richtlinie gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 beschriebenen Bestimmungen. Beizufügen ist der soziotherapeutische Behandlungsplan gemäß Muster 27, der vom Verordnungsberechtigten, Versicherten bzw. seinem gesetzlichen Vertreter wie auch vom Leistungserbringer unterschrieben ist.

Bei Annahme einer genehmigten vertragsärztlichen Verordnung über Soziotherapie ist die Gesamtheit der verordneten Leistungen zu erbringen. Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar; sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist. Änderungen und Ergänzungen vertragsärztlicher Verordnungen bedürfen der Unterschrift des Verordnungsberechtigten.

- (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 Verordnungsberechtigten und der erstellte Behandlungsplan.
- (3) Ist der Versicherte nicht in der Lage, einen Verordnungsberechtigten selbständig in Anspruch zu nehmen, kann der behandelnde Arzt einen soziotherapeutischen Leistungserbringer per Verordnung hinzuziehen. Diese Verordnung erfolgt gemäß Muster 28 und umfasst maximal fünf Therapieeinheiten. Sie bedarf nicht der Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse. Ziel dieser Verordnung ist die Motivierung des Patienten, einen Verordnungsberechtigten für Soziotherapie aufzusuchen.
- (4) Es können vom Verordnungsberechtigten bis zu fünf Probestunden zur Abklärung der Therapiefähigkeit des Patienten und zur Erstellung des soziotherapeutischen Behandlungsplanes verordnet werden. Die Probestunden werden in jedem Fall auf den Höchstanspruch pro Versicherten von 120 Stunden innerhalb von drei Jahren angerechnet.

- (5) Die Krankenkasse übernimmt von dem durch den Verordner festgelegten Leistungsbeginn an bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vom Verordnungsberechtigten verordneten und vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen, wenn die ordnungsgemäß ausgefüllte Verordnung zusammen mit dem soziotherapeutischen Behandlungsplan am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der zuständigen Krankenkasse vorliegt.
- (6) Kann die Durchführung der verordneten Leistungen nicht mehr gewährleistet oder das Behandlungsziel nicht mehr erreicht werden, informiert der Leistungserbringer die zuständige Krankenkasse und den Verordnungsberechtigten unverzüglich. Entsprechendes gilt bei vorzeitigem Erreichen der Therapieziele.

§ 6

Soziotherapeutischer Behandlungsplan

- (1) Vor Beginn der Soziotherapie ist in Abstimmung mit dem Verordnungsberechtigten und dem Patienten ein soziotherapeutischer Behandlungsplan (Muster 27) zu erstellen. Nach Abschluss der Probestunden ist der soziotherapeutische Behandlungsplan in Zusammenarbeit mit dem Verordnungsberechtigten 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
 - plausible Darstellung der angestrebten Therapieziele und der hierfür erforderlichen Teilschritte (Nahziel und Fernziel)
 - die zur Erreichung der Therapieziele vorgesehenen therapeutischen Maßnahmen
 - die zeitliche Strukturierung der therapeutischen Maßnahmen
 - Prognose

§ 7

Dokumentation

- (1) Der Leistungserbringer führt fortlaufend eine soziotherapeutische Dokumentation über die Betreuung des Patienten, insbesondere zur Art und Umfang der durchgeführten

Maßnahmen. Die Dokumentation schließt die Berichterstattung an Verordnungsberechtigten, und gegebenenfalls den Medizinischen Dienst ein. Die auf der Grundlage dieses Vertrages erbrachten Leistungen sind vom Patienten durch Unterschrift zu bestätigen. Die Patientenbestätigung ist als **Anlage 5** beigefügt.

- (2) Die soziotherapeutische Dokumentation muss vor dem Zugriff von Unberechtigten geschützt werden. Berufsgeheimnisse sind zu berücksichtigen. Ein Muster der soziotherapeutischen Dokumentation ist diesem Vertrag als **Anlage 3** beigefügt.
- (3) Die Aufbewahrungsfrist für die Dokumentation beträgt 5 Jahre nach Ende des Kalenderjahres der Leistungserbringung.

§ 8

Qualitätssicherung

- (1) Der Leistungserbringer hat die Leistungen sorgfältig und einwandfrei auszuführen. Qualität und Wirksamkeit haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.
- (2) Zur Sicherung der Qualität hat der Leistungserbringer die allgemeinen Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie in Hessen gemäß **Anlage 2** zu erfüllen.

Die Ableistung der geforderten Qualitätssicherungsmaßnahmen ist, auf Verlangen der Verbände der Krankenkassen/Krankenkassen diesen, durch Vorlage der Teilnahmebescheinigungen nachzuweisen.

§ 9

Leistungsinhalte, Vergütung

- (1) Soziotherapie umfasst die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung in der jeweils gültigen Fassung aufgeführten Leistungen, welche den Patienten zur selbstständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder ärztlich verordneter Maßnahmen befähigen sollen.
- (2) Die Vergütung der Vertragsleistungen richtet sich nach **Anlage 4**. Mit den Vergütungsbeträgen sind sämtliche Aufwendungen, die mit den nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen verbunden sind, abgegolten.

- (3) Soziotherapie wird von den Krankenkassen als Sachleistung zur Verfügung gestellt. Die Zuzahlungsregelung gem. § 37a Abs. 3 SGB V ist zu beachten. Jegliche weiteren Zahlungen vom Patienten im Rahmen der Vertragsleistung dürfen vom Leistungserbringer weder gefordert noch angenommen werden. Verstöße berechtigen die Krankenkassen zur fristlosen Vertragskündigung (s. § 15 dieses Vertrages).

§ 10

Abrechnung

- (1) Für die Abrechnung 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 gültigen Fassung.
- (2) Die Rechnungslegung für erbrachte Leistungen erfolgt je Verordnung. Dabei sind der vertragsärztlichen Verordnung (Muster 26) sowohl der soziotherapeutische Behandlungsplan (Muster 27) als auch die Patientenbestätigung (Anlage 5) beizufügen. Abgerechnet werden dürfen nur genehmigte, tatsächlich erbrachte und dokumentierte Leistungen (Ausnahme vgl. § 5 Abs. 3 und 4).
- (4) Auf jeder Rechnung ist die Krankenversichertennummer anzugeben.
- (5) Für den Abrechnungsverkehr ist das für den Leistungserbringer maßgebende Institutionskennzeichen (IK) zu verwenden, das von der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI) beim Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e.V., Alte Heerstraße 111, 53757 St. Augustin, vergeben wird. Dies gilt auch, wenn die Abrechnung über eine Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle erfolgt.
- (5) Sofern die Abrechnung vom Leistungserbringer einer Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle übertragen werden soll, hat der Leistungserbringer unter besonderer Berücksichtigung der von ihr getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und der einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen die Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle auszuwählen.
- (6) Zahlungen an eine Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Krankenkasse, wenn die Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle Originalabrechnungsunterlagen (Verordnung, Abrechnung) einreicht. Die schuldbefrei-

ende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehungen zwischen der Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet sind.

Schädigt die Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle anlässlich der Abrechnung die Krankenkasse, so haften die Leistungserbringer und die Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle gesamtschuldnerisch.

Forderungen der Krankenkasse gegen den Leistungserbringer können gegenüber demselben und gegenüber der Abrechnungsstelle aufgerechnet werden.

- (7) Sollte die zuständige Krankenkasse das Belegleseverfahren einführen, sind die dazu erforderlichen Rechnungsvordrucke zu verwenden.
- (8) Rechnungen, die den Anforderungen nach den Absätzen 1 bis 7 nicht entsprechen, können von der Krankenkasse berichtigt oder zur Berichtigung zurückgegeben werden.

§ 11

Zahlungsfrist, Beanstandungen, Verjährung

- (1) Die Rechnungen sind - vorbehaltlich einer abschließenden Rechnungsprüfung - grundsätzlich innerhalb von 4 Wochen nach Eingang (Eingangstempel) bei der Krankenkasse bzw. der benannten Abrechnungsstelle zu bezahlen. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut.
- (2) Beanstandungen müssen von der Krankenkasse innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden. Einsprüche gegen Beanstandungen können vom Leistungserbringer innerhalb von 3 Monaten nach Mitteilung geltend gemacht werden.

§ 12

Datenschutz, Schweigepflicht

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) einzuhalten.

- (2) Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gem. Art. 32 EU-DSGVO insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Absatz 1, Abs. 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten.
- (3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen des Vertrages bekanntwerdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie z.B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangten Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer des Vertrages hinaus.
- (4) Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungsfristen bleiben von dieser Regelung unberührt.
- (5) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gem. Art. 9 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.
- (6) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Patientin/des Patienten und dessen/deren Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

§ 13

Werbung, Einflussnahme- und Vermittlungsverbot

- (1) Die Werbung des Leistungserbringers ist auf sachliche Informationen abzustellen. Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Krankenkasse beziehen. Werbung, die den beworbenen Gegenstand der Maßnahme inhaltlich korrekt (Ausführungen der Soziotherapierichtlinie, Regelungen des SGB V etc.) wiedergibt, steht nichts entgegen. Für Werbemaßnahmen gelten im Allgemeinen die Regelungen des Gesetzes über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens (Heilmittelwerbegesetz).

- (2) Eine Beeinflussung der Versicherten sowie der Vertragsärzte hinsichtlich der Verordnung bestimmter Leistungen ist nicht zulässig.
- (3) Eine Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer/einer Einrichtung und einem Verordnungsberechtigten mit dem Ziel einer Ausweitung der Inanspruchnahme von Soziotherapie im Sinne dieses Vertrages oder dergestalt, dass die freie Wahl des Versicherten unter den Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht zulässig.
- (4) Die Annahme von Aufträgen zum Zwecke der Weitergabe (Vermittlung an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile) ist unzulässig. Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die regelmäßige Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Aufträgen an Dritte gegen Kostenerstattung.
- (5) Die Versicherten haben die Wahl unter den Leistungserbringern, mit denen die Verbände der Krankenkassen/Krankenkassen Verträge über die Versorgung mit Soziotherapie (§ 132 b SGB V) abgeschlossen haben. Auf diese Wahlfreiheit darf der Leistungserbringer keinen Einfluss nehmen. Wird ein anderer als einer der nächsterreichbaren Leistungserbringer in Anspruch genommen, werden eventuell entstehende Mehrkosten von der Krankenkasse nicht übernommen.

§ 14

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 betroffenen Leistungserbringers über geeignete Maßnahmen entscheiden.

Als solche kommen in Betracht:

- a) Verwarnung, ggf. mit Auflagen
- b) Vertragsstrafe bis 25.000,-- EUR
- c) Außerordentliche Kündigung des Vertrages nach § 15

Die Entscheidung ist dem Leistungserbringer schriftlich mitzuteilen.

- (2) Unabhängig von den Maßnahmen nach Absatz 1 ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden zu ersetzen. § 11 Absatz 2 gilt in diesen Fällen nicht.

§ 15

Außerordentliche Kündigung

Das Vertragsverhältnis kann gegenüber dem Leistungserbringer ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn der Leistungserbringer seine gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten gegenüber dem Patienten oder der Krankenkasse derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten an diesem Vertrag nicht zumutbar ist.

§ 16

Einstellung des Betriebes

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

§ 17

Inkrafttreten, Kündigung

- (1) Dieser Vertrag einschließlich seiner Anlagen tritt am *TT.MM.Jahr* in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit sechsmonatiger Frist zum Ende eines Quartals, frühestens zum *TT.MM.Jahr*, durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden. Bis zum Abschluss eines neuen Vertrages gelten die Bestimmungen des alten Vertrages weiter. Eine außerordentliche Kündigung richtet sich nach § 15.
- (3) Die Vergütungsvereinbarung nach **Anlage 4** kann unabhängig von diesem Vertrag gekündigt werden.

§ 18

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein bzw. durch gesetzliche Neuregelungen oder höchstrichterliche Rechtsprechung ganz oder teilweise unwirksam sein, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher

Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

Die unwirksame Bestimmung ist durch eine sinngemäß wirksame Bestimmung zu ersetzen, die der angestrebten Regelung am nächsten kommt.

Anlagen:

Anlage 1: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von
Soziotherapie

Anlage 2: Allgemeine Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie in Hessen

Anlage 3: Soziotherapeutische Dokumentation (Muster)

Anlage 4: Vergütungsvereinbarung

Anlage 5: Patientenbestätigung

Bad Homburg, Frankfurt am Main, Kassel, Wiesbaden, xxxx, im *Monat Jahr*

Leistungserbringer:

Institution

AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

IKK classic
auch in Vertretung der im Rubrum genannten
anderen Innungskrankenkassen

KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt a.M.

Leistungserbringer

BKK Landesverband Süd

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als landwirtschaftliche Krankenkasse

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen
