

Vertrag
nach § 132b SGB V
über die Versorgung mit Soziotherapie nach § 37a SGB V

zwischen

>>>Name<<<
>>>Anschrift<<<
>>>PLZ<<< >>>Ort<<<

als Träger der Praxis für Soziotherapie

>>>Name<<<
>>>Anschrift<<<
>>>PLZ<<< >>>Ort<<<
>>>IK<<<

- nachfolgend Leistungserbringer genannt -

und

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen*)

Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover

BKK Landesverband Mitte

Eintrachtweg 19, 30173 Hannover

IKK classic, Dresden

zugleich handelnd als Vertreterin der BIG direkt gesund, IKK gesund plus, IKK - Die Innovationskasse , IKK Südwest

KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord*)

Siemensstr. 7, 30173 Hannover

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse*)

Postfach 10 13 20, 34013 Kassel

und die Ersatzkassen

Techniker Krankenkasse (TK)

BARMER

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 Niedersachsen

- nachfolgend Verbände genannt -

*) in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist die Durchführung der ambulanten Psychotherapie gemäß § 37a SGB V.
- (2) Die Psychotherapie-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in Verbindung mit § 37a Abs. 2 SGB V sowie die Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132b SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Psychotherapie in der Fassung vom 29.11.2001 sind Bestandteil dieses Vertrages (siehe Anlagen 1 und 2).

§ 2 Allgemeine Anforderungen und Voraussetzungen

- (1) Der psychotherapeutische Leistungserbringer¹ ist eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln, mit denen unabhängig vom Bestand der Mitarbeiter eine fachlich kompetente und bedarfsgerechte Psychotherapie nach dem allgemein anerkannten Stand der psychosozialen Erkenntnisse zu gewährleisten ist.
- (2) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, Leistungen nach diesem Vertrag erforderlichenfalls bei Tag und Nacht einschließlich an Sonn- und Feiertagen zu erbringen.
- (3) Die Psychotherapie ist unter ständiger Verantwortung einer gemäß § 3 qualifizierten Fachkraft durchzuführen. Diese ist u. a. verantwortlich für:
 - die fachliche Planung der Prozesse,
 - Sicherstellung von Supervisionen,
 - die an dem individuellen Bedarf orientierte Einsatzplanung der geeigneten Kräfte,
 - die fachgerechte Führung der psychotherapeutischen Dokumentation,
 - die fachliche Leitung der Dienstbesprechungen.
- (4) Die Erbringung der Leistungen nach diesem Vertrag durch freie Mitarbeiter ist unzulässig.
- (5) Die Quote geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse sollte 20 Prozent nicht überschreiten.

¹ Mit Blick auf die bessere Lesbarkeit wird im Vertragstext stellenweise auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

§ 3 Personelle Voraussetzungen

Die fachlichen Voraussetzungen erfüllen Personen, die den

a) Nachweis der Erlaubnis zur Führung einer der nachfolgenden Berufsbezeichnungen:

- Diplom-Sozialarbeiter/-in,
- Diplom-Sozialpädagoge/-in oder
- Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen, in der jeweils gültigen Fassung, besitzen

und

b) Nachweis der mindestens dreijährigen unselbständig, vollzeitlichen, psychiatrischen Berufserfahrung (siehe Anlage 4) innerhalb der letzten zehn Jahre,

- davon mindestens 12 Monate in einem allgemein-psychiatrischen Krankenhaus mit regionaler Versorgungsverpflichtung oder
- mindestens 12 Monate in einer Einrichtung der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung erbringen.

Bei Teilzeittätigkeit verlängern sich die o. a. Fristen entsprechend.

§ 4 Räumliche und sachliche Mindestausstattung

Die Mindestvoraussetzungen müssen vom Leistungserbringer nachgewiesen werden (siehe Anlage 2).

§ 5 Zusammenarbeit mit den verordnenden Berufsgruppen und verordnenden psychiatrischen Institutsambulanzen

- (1) Der soziotherapeutische Leistungserbringer berichtet dem Verordnenden (Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Fachärzte mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie, Vertragspsychotherapeuten, Vertragskinder- und –jugendlichenpsychotherapeuten sowie psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V oder Fachärzte und Psychotherapeuten der psychiatrischen Institutsambulanzen) unverzüglich über Veränderungen im gesundheitlichen Status und über Veränderungen in der häuslichen Situation aufgrund der Soziotherapie.
- (2) Wird der soziotherapeutische Leistungserbringer vom Verordnenden, der Krankenkasse oder vom Versicherten über Veränderungen der Verordnung, von der Verordnung abweichende Genehmigungen oder über neue soziotherapeutisch relevante Befunde informiert, hat der soziotherapeutische Leistungserbringer diese Information unverzüglich zu berücksichtigen.
- (3) Der soziotherapeutische Leistungserbringer ermöglicht dem Verordnenden, sich an der Führung der soziotherapeutischen Dokumentation bei den Patienten zu beteiligen.

Seite 3 von 14

- (4) Der soziotherapeutische Leistungserbringer stellt sicher, dass die notwendigen soziotherapeutischen Informationen auf der Grundlage der Dokumentation bei Einweisung des Versicherten in ein Krankenhaus auf Anforderung unverzüglich schriftlich zur Verfügung gestellt werden.
- (5) Der soziotherapeutische Leistungserbringer berücksichtigt bei der Planung und Durchführung der Soziotherapie den vom Krankenhaus bei der Entlassung des Versicherten erstellten Bericht oder Überleitungsbogen.

§ 6 Genehmigungsvorbehalt

- (1) Art, Umfang und Dauer der vom Leistungserbringer zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus der von der Krankenkasse genehmigten Verordnung der zur Verordnung berechtigten Berufsgruppe (Musterformular 26 sowie Betreuungsplan Musterformular 27). Der Verordnende hat sich von dem Zustand des Versicherten persönlich überzeugt. Für die Verordnung hat der Verordnende § 25a Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) und die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Soziotherapie gemäß § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V i. V. m. § 37 a Abs. 2 SGB V zu beachten. Änderungen oder Ergänzungen der Verordnung von Soziotherapie bedürfen einer erneuten Unterschrift des Verordnenden mit Stempel und Datumsangabe.
- (2) Die Krankenkassen können im Rahmen des Genehmigungsverfahrens zur Prüfung der verordneten Maßnahmen der Soziotherapie den Medizinischen Dienst (MD) beauftragen. Falls erforderlich, sind dem MD vom soziotherapeutischen Leistungserbringer ergänzende Angaben zum Betreuungsplan zu übermitteln. Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die verordneten und erbrachten Leistungen entsprechend der mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer vereinbarten Vergütung nach diesem Vertrag, wenn die Verordnung spätestens am dritten - der Ausstellung folgenden - Arbeitstag der zuständigen Krankenkasse vorgelegt wird. Ist in begründeten Fällen, die nicht vom soziotherapeutischen Leistungserbringer zu vertreten sind, die Unterschrift des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters auf dem soziotherapeutischen Betreuungsplan zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich, wird die Unterschrift unverzüglich nachgereicht.
- (3) Auf dem soziotherapeutischen Betreuungsplan nach Abs. 1 hat der soziotherapeutische Leistungserbringer vor Einreichung des Antrages den für ihn bestimmten Teil auszufüllen und zu unterzeichnen.
- (4) Die Dauer und die Frequenz der soziotherapeutischen Betreuung sind abhängig von den individuellen medizinischen Erfordernissen. Es können bis zu 120 Stunden je Krankheitsfall innerhalb eines Zeitrahmens von höchstens drei Jahren erbracht werden.
- (5) Mit Ausnahme der Verordnung von maximal 5 Therapieeinheiten nach § 4 Abs. 5 und 6 der Soziotherapie-Richtlinie sowie von 5 Therapieeinheiten nach § 5 Abs. 2 der Soziotherapie-Richtlinie bedarf jede Verordnung von Soziotherapie der vorherigen Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse. Dazu ist der soziotherapeutische Behandlungsplan gemäß dem entsprechenden Vordruck vorzulegen. Wurden Probestunden verordnet, ist bei der gegebenenfalls folgenden Verordnung von Soziotherapie der soziotherapeutische Betreuungsplan mit der Verordnung über die Probestunden vorzulegen. Die Krankenkasse kann im Rahmen des Genehmigungsverfahrens mit der Prüfung der verordneten Maßnahmen der Soziotherapie den Medizinischen Dienst (MD) beauftragen. Eine Genehmigung der zuständigen Krankenkasse ist auch bei den Ausnahmefällen nach Satz 1 erforderlich, wenn insgesamt mehr als 5 Stunden Soziotherapie verordnet werden.

- (6) Die zuständige Krankenkasse entscheidet unverzüglich über die Kostenübernahme. Nicht bewilligte Leistungen dürfen nicht zu Lasten der Krankenkasse erbracht und abgerechnet werden. Wird von der zuständigen Krankenkasse eine Änderung oder Ablehnung der genehmigten Leistung für erforderlich gehalten, ist die Änderung oder Ablehnung mit den sich daraus ergebenden Folgen nur mit Wirkung für die Zukunft möglich. Die zuständige Krankenkasse teilt dies dem Leistungserbringer unverzüglich mit.
- (7) Andere Vertragsärzte können Patienten zu einer der gemäß § 4 Abs. 1 bis 3 der in der Soziotherapie-Richtlinie qualifizierten Berufsgruppen oder Einrichtungen zum Zwecke der Soziotherapieverordnung überweisen, wenn
- sie den begründeten Verdacht haben, dass bei dem Versicherten eine der in § 2 Soziotherapie-Richtlinie beschriebenen Indikationen vorliegt und
 - dieser aufgrund dessen nicht in der Lage ist, ärztliche oder psychotherapeutisch sowie ärztliche oder psychotherapeutisch verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen und
 - durch die Verordnung von Soziotherapie Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann oder
 - diese geboten, aber nicht ausführbar ist.

Kommt der überweisende Vertragsarzt aufgrund seiner Kenntnis des Einzelfalles zu der Auffassung, dass der Versicherte nicht in der Lage ist diese Überweisung selbständig in Anspruch zu nehmen, kann ein soziotherapeutischer Leistungserbringer per Verordnung hinzugezogen werden. Diese Verordnung erfolgt auf dem hierfür vereinbarten Vordruck (Musterformular 28). Ziel dieser Verordnung ist die Motivierung der Patienten die Überweisung wahrzunehmen. Zur Erreichung dieses Zieles stehen dem soziotherapeutischen Leistungserbringer maximal 5 Therapieeinheiten zur Verfügung. Diese werden auf das Gesamtkontingent der Soziotherapie angerechnet, wenn es zur Verordnung von Soziotherapie gemäß Absatz 1 kommt.

Lässt es sich nicht erreichen, dass die Patienten die Überweisung zu einer der nach § 4 Abs. 1 bis 3 der Soziotherapie-Richtlinie qualifizierten Berufsgruppen wahrnimmt, oder kommt es nicht zur Verordnung von Soziotherapie, sind die maximal 5 vom soziotherapeutischen Leistungserbringer erbrachten Therapieeinheiten dennoch berechnungsfähig. Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt auf dem vorgenannten Vordruck.

- (8) Soweit eine Verordnung unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist, kann das Krankenhaus gemäß § 4a der Soziotherapie-Richtlinie Soziotherapie von bis zu 7 Kalendertagen nach der Entlassung verordnen. Die Zusammenführung aller verordneten Einheiten im Rahmen des Gesamtverordnungszeitraumes nach § 37a Abs. 1 Satz 3 SGB V kann durch die Krankenkasse erfolgen. Einheiten, die nicht innerhalb von 7 Kalendertagen in Anspruch genommen werden, verfallen.
- (9) Sind über die bewilligten Therapieeinheiten hinaus Leistungen nach diesem Vertrag notwendig, ist rechtzeitig vor Ablauf der Bewilligung eine Verlängerung der Leistungen bei der zuständigen Krankenkasse zu beantragen.
- (10) Für die Verlängerung der Soziotherapie gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend. Der soziotherapeutische Leistungserbringer ist bei Folgeverordnungen verpflichtet, dem MD auf Anforderung der Krankenkassen die soziotherapeutische Dokumentation vorzulegen. Reine Folgeverordnungen für Leistungen, die bereits von der Krankenkasse abgelehnt wurden und die keine Veränderungen (Diagnose, verordnete Leistungen) beinhalten, bewirken keine Leistungspflicht der zuständigen Krankenkasse.

§ 7 **Erbringung der Sozialtherapie**

- (1) Sozialtherapie kann nur unter Nachweis der personellen und sächlichen Voraussetzungen dieses Vertrages sowie der in Anlage 4 unter Buchstabe b) genannten Kenntnisse erbracht werden.
- (2) Die Fachkräfte dürfen nur die Leistungen erbringen, für die sie qualifiziert sind. Der sozialtherapeutische Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für die sach- und fachgerechte Durchführung der Leistungen.
- (3) Die Leistungen sind sorgfältig und einwandfrei auszuführen sowie zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen.
- (4) Der sozialtherapeutische Leistungserbringer übernimmt nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften die Haftung für Schäden.
- (5) Der sozialtherapeutische Leistungserbringer darf die Sozialtherapie nicht wegen des Umfangs, der Art und der Schwere der Erkrankung ablehnen.
- (6) Die erbrachten Leistungen nach diesem Vertrag sind vom sozialtherapeutischen Leistungserbringer auf dem Leistungsnachweis (siehe Anlage 5) täglich darzustellen und vom Versicherten zeitnah, mindestens einmal am Monatsende, durch Unterschrift zu bestätigen. In Ausnahmefällen, die zu begründen sind, genügt die Unterschrift des Verordnenden oder die des sozialtherapeutischen Leistungserbringers. Vorausbestätigungen sind unzulässig.

§ 8 **Verbot der Einflussnahme und Vermittlungsverbot**

- (1) Eine Beeinflussung der Versicherten und der Verordnenden, insbesondere hinsichtlich der Verordnung von Leistungen, ist unzulässig.
- (2) Die Annahme von Aufträgen und deren Weitergabe ist unzulässig.

§ 9 **Vertretung**

- (1) Der sozialtherapeutische Leistungserbringer kann bis zur Dauer von sechs Monaten bei Verhinderung durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung sowie bei Schwangerschaft/ Mutterschaft entsprechend der Dauer des Mutterschutzes/Elternzeit nach dem Mutterschutzgesetz/ Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz in seiner Praxis vertreten werden. Der Leistungserbringer hat die Personalien der Vertretung, dessen fachliche Qualifikation und die voraussichtliche Dauer der Vertretung den Landesverbänden der Krankenkassen mitzuteilen. Der Vertreter muss die Voraussetzungen des § 3 erfüllen und nachweisen.
- (2) Im Übrigen bedürfen Vertretungen für länger als sechs Monate der Genehmigung durch die Landesverbände der Krankenkassen und sind vom sozialtherapeutischen Leistungserbringer grundsätzlich sechs Wochen im Voraus zu beantragen.
- (3) Der sozialtherapeutische Leistungserbringer haftet für die Tätigkeit der Vertretung.

§ 10 Leistungsbeschreibung

Die Beschreibung der Leistungen der Soziotherapie ist als Anlage 6 Bestandteil dieses Vertrages.

§ 11 Qualität und Qualitätssicherung

- (1) Der soziotherapeutische Leistungserbringer hat zu gewährleisten, dass das eingesetzte Personal aufgrund seiner fachlichen Qualifikation in der Lage ist, die verordneten Leistungen nach Art, Inhalt und Umfang zu erbringen. Die Leistungen nach diesem Vertrag sind kontinuierlich mit möglichst geringem Wechsel der Fachkräfte durchzuführen.
- (2) Die Durchführung von geeigneten Maßnahmen der Qualitätssicherung ist durch den soziotherapeutischen Leistungserbringer zu dokumentieren und auf Verlangen der Verbände der Krankenkassen bzw. dem MD vorzulegen.
- (3) Zur Sicherung der Qualität hat der soziotherapeutische Leistungserbringer folgende Maßnahmen abzuleisten:
 - Innerhalb der ersten zwei Jahre der Tätigkeit mindestens 20 Doppelstunden Teilnahme an einer Balintgruppe oder einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen-Gruppe (KVG) oder einer Fallsupervision.
 - Besuch von jährlich vier Fortbildungsveranstaltungen mit jeweils zwei Doppelstunden, insgesamt 16 Stunden, die zur Hälfte Fortbildungsveranstaltungen zur allgemeinen Psychiatrie und zur anderen Hälfte Fortbildungsveranstaltungen zu sozialpädagogischen Themen sind.
 - Jährlich mindestens 16 Stunden (im Durchschnitt zwei Doppelstunden pro Quartal) Erfahrungsaustausch unter berufstätigen soziotherapeutischen Leistungserbringern (z.B. Qualitätszirkel).
 - Die Ableistung der geforderten Qualitätssicherungsmaßnahmen ist den Verbänden der Krankenkassen durch Vorlage der Teilnahmebescheinigungen nachzuweisen.
- (4) Die Vertragspartner können die Qualität der Leistungserbringung jederzeit nach § 275 SGB V durch den MD prüfen lassen. Zur Durchführung einer Prüfung ist dem MD Zugang zu gewähren.

§ 12 Soziotherapeutischer Betreuungsplan

- (1) Unverzichtbarer Bestandteil und Voraussetzung jeder Leistung der Soziotherapie ist der individuelle, zwischen dem Verordnenden, dem soziotherapeutischen Leistungserbringer und dem Patienten bzw. den Angehörigen und weiteren an der Versorgung Beteiligten im Vorfeld abgestimmte soziotherapeutische Betreuungsplan, der der Entwicklung des Betreuungsprozesses entsprechend aktualisiert werden muss (§ 8 Abs. 2 Soziotherapie-Richtlinie). Diese Kontrollpflicht obliegt dem soziotherapeutischen Leistungserbringer.

- (2) Im soziotherapeutischen Betreuungsplan müssen gemäß § 6 Soziotherapie-Richtlinie enthalten sein:
- Anamnese,
 - Diagnose,
 - aktueller Befund mit Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen der Patienten und Schweregrad gemäß der Global Assessment of Functioning (GAF-Skala),
 - plausible Darstellung der angestrebten Therapieziele und der hierfür erforderlichen Teilschritte (Nah- und Fernziel),
 - die zur Erreichung der Therapieziele vorgesehenen therapeutischen Maßnahmen und deren zeitliche Strukturierung,
 - Prognose.

§ 13

Soziotherapeutische Dokumentation

- (1) Von dem soziotherapeutischen Leistungserbringer ist eine fortlaufende Dokumentation über Ort, Dauer und Inhalt der Arbeit mit und für die Patienten und deren Entwicklung zu führen. Diese Dokumentation schließt die Berichterstattung an den Verordnenden, die Krankenkasse und ggf. den MD ein. Die soziotherapeutische Dokumentation (siehe Anlage 5) ist der Abrechnung mit der zuständigen Krankenkasse im Original beizufügen.
- (2) Die soziotherapeutische Dokumentation muss vor dem Zugriff von Unberechtigten geschützt werden. Berufsgeheimnisse sind zu berücksichtigen.
- (3) Die Aufbewahrungsfrist für die beim soziotherapeutischen Leistungserbringer verbleibende Kopie der Dokumentation beträgt 6 Jahre nach Ende des Kalenderjahres der Leistungserbringung.

§ 14

Wirtschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeitsprüfungen

- (1) Die Leistungen nach diesem Vertrag sind im Rahmen des Notwendigen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Versicherte nicht beanspruchen, die Krankenkassen nicht bewilligen und der Leistungserbringer nicht zu Lasten der Krankenkassen erbringen.
- (2) Sind die verordneten Leistungen der Soziotherapie im Hinblick auf das Behandlungsziel nicht mehr notwendig oder wirksam, sind der behandelnde Vertragsarzt und die zuständige Krankenkasse unverzüglich zu informieren. In diesen Fällen entscheidet der Verordnende über den Abbruch der Soziotherapie.
- (3) Die Verbände können gemäß der Absätze 1 und 2 die Wirksamkeit der Leistungserbringung nach diesem Vertrag prüfen lassen, sofern Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass ein soziotherapeutischer Leistungserbringer die Anforderungen an die wirtschaftliche Leistungserbringung nicht oder nicht mehr erfüllt.
- (4) Der soziotherapeutische Leistungserbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.
- (5) Der Leistungserbringer ist über das Ergebnis der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu informieren. Ergeben sich bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung Verstöße gegen Absätze 1 und/oder 2, so vereinbaren die Verbände der Krankenkassen mit dem Leistungserbringer geeignete Maßnahmen. Bei groben Verstößen gilt § 18.

§ 15 Rechnungslegung, Zahlungsfrist, Beanstandung, Verjährung

- (1) Für Inhalt und Form der Abrechnung gelten die Abrechnungsrichtlinien gemäß § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Zahlungen an eine durch den soziotherapeutischen Leistungserbringer ermächtigte Abrechnungsstelle setzen voraus, dass der Krankenkasse eine Ermächtigungserklärung vorliegt. Zahlungen an eine Abrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung, es sei denn, der Krankenkasse liegt ein schriftlicher Widerruf des soziotherapeutischen Leistungserbringers vor.
- (3) Die Abrechnung ist einmal monatlich unter Beifügung der Genehmigungsunterlagen für alle im Vormonat abgeschlossenen Behandlungen zu erstellen und bei den von den Krankenkassen benannten Daten- und Papierannahmestellen einzureichen. Die Krankenkassen sind zur Rechnungsbegleichung nur verpflichtet, sofern eine Anspruchsberechtigung gegeben ist. Die Abrechnung unter dem Namen des Zugelassenen ist mit dem Institutionskennzeichen (IK) zu versehen.
- (4) Werden Nachberechnungen gestellt, sind der Nachberechnung Kopien der Erstrechnung und der Verordnung beizulegen. Darauf ist "Nachberechnung" und das Datum der Bezahlung der Erstrechnung zu vermerken.
- (5) Maßgeblich für die Berechnung des Zahlungsziels ist der Tag, an dem alle zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen bei der Krankenkasse vorliegen. Zusammengehörige Rechnungsunterlagen müssen in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang angeliefert werden. Die Krankenkasse behält sich vor, nicht korrekt gestellte Rechnungen unbezahlt abzuweisen.
- (6) Die Rechnungen sind grundsätzlich innerhalb von 28 Tagen nach Eingang bei der Krankenkasse zu begleichen. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Ist der Zahltag kein Werktag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Werktag.
- (7) Abweichend von § 15 Abs. 6 verkürzt sich die Zahlungsfrist bei Übermittlung der Abrechnungen in digitalisierter Form mit Mitteln der elektronischen Datenverarbeitung auf 14 Tage.
- (8) Beanstandungen müssen von der Krankenkasse innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden.
- (9) Forderungen aus Vertragsleistungen können nach Ablauf eines Jahres, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie abgeschlossen worden sind, nicht mehr erhoben werden.
- (10) Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform zu erstellen.

§ 16 Vergütung

- (1) Die Vergütung der Vertragsleistungen richtet sich nach Anlage 7.
- (2) Zuzahlungen über die vertraglich vereinbarte Vergütung hinaus, mit Ausnahme der gesetzlich vorgeschriebenen Eigenbeteiligung, darf der Leistungserbringer weder fordern noch annehmen.

§ 17 Datenschutz, Schweigepflicht

- (1) Die Versicherten- und Leistungsdaten der vertraglich erbrachten Leistungen dürfen nur im Rahmen der in §§ 94 - 97b und 104 SGB XI genannten Zwecke verarbeitet und genutzt werden. Die §§ 35, 37 SGB I sowie §§ 67 - 85 SGB X bleiben unberührt. Die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes sind zu beachten.
- (2) Der soziotherapeutische Leistungserbringer verpflichtet sich ferner, über alle bei der Durchführung des Vertrages erlangten Sozialdaten von Versicherten und Dritten, insbesondere bei medizinischen Daten, Stillschweigen zu bewahren. Ausgenommen hiervon sind die zur Aufgabenerfüllung erforderlichen Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten und Psychotherapeuten, dem MD und den Krankenkassen. Der soziotherapeutische Leistungserbringer hat die Einhaltung der für ihn einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen sicherzustellen.
- (3) Der soziotherapeutische Leistungserbringer ist verpflichtet, die Bestimmungen der Absätze 1 und 2 auch den eingesetzten Fachkräften bekannt zu geben und deren Beachtung durch diese in geeigneter Weise (z. B. durch Hinweise im Arbeitsvertrag und/oder wiederkehrende Belehrungen) sicherzustellen. Die Verpflichtung ist zu dokumentieren.

§ 18 Maßnahmen bei Vertragsverstößen

- (1) Besteht der Verdacht eines Verstoßes gegen Pflichten aus diesem Vertrag, ist der soziotherapeutische Leistungserbringer schriftlich anzuhören. Er hat dieser Anhörung innerhalb einer Frist von 14 Tagen nach Zugang des Anhörungsschreibens Folge zu leisten.
- (2) Die Verbände der Krankenkassen bzw. der jeweilige Verband entscheiden über geeignete Maßnahmen. Als solche kommen in Betracht:
 - Verwarnung,
 - Abmahnung,
 - Vertragsstrafe bis 10.000,00 EURO,
 - außerordentliche Kündigung des Vertrages.

Die Entscheidung wird dem soziotherapeutischen Leistungserbringer schriftlich mitgeteilt.

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

§ 19 Außerordentliche Kündigung

- (1) Das Vertragsverhältnis kann von den Verbänden der Krankenkassen bzw. einem einzelnen Verband ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn der Leistungserbringer seine gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten gegenüber den Versicherten oder den Verbänden der Krankenkassen bzw. Krankenkassen derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten an diesem Vertrag nicht zumutbar ist. Eine gröbliche Pflichtverletzung in diesem Sinne liegt insbesondere vor bei:
- a) Nichterfüllung der fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen,
 - b) schuldhafter Abrechnung von nicht oder teilweise nicht erbrachten Leistungen,
 - c) Pflichtverletzungen, derentwegen Versicherte an Leib und Seele zu Schaden kommen oder in ihren vermögenswerten Rechten verletzt werden,
 - d) Geltendmachung bzw. Annahme von Zahlungen des Versicherten für Vertragsleistungen (Zuzahlungen),
 - e) Zahlungen oder Annahme von Vergütungen oder Provisionen für Zuweisungen von Versicherten oder Vermittlung von Aufträgen,
 - f) Vorquittierung von nicht erbrachten Leistungen,
 - g) wiederholt schwerwiegenden Verstößen gegen § 13, § 14 und / oder § 17 dieses Vertrages,
 - h) Vertragsverstößen im Wiederholungsfall,
 - i) Verstoß gegen die Mitwirkungspflicht nach § 18 Absatz 1 dieses Vertrages,
 - j) Leistungserbringung durch berufsrechtlich nicht legitimierte Mitarbeiter.
- (2) Ein Recht zur außerordentlichen Kündigung besteht ferner bei Vertragsverstößen des soziotherapeutischen Leistungserbringers, die zur außerordentlichen Kündigung eines mit diesem für die Erbringung von Leistungen nach dem SGB V und XI bestehenden Vertrages berechtigen.
- (3) Des Weiteren haben die Verbände der Krankenkassen das Recht zur außerordentlichen Kündigung, wenn der soziotherapeutische Leistungserbringer zahlungsunfähig ist oder über sein Vermögen das Gesamtvollstreckungs- bzw. Konkursverfahren eröffnet ist.

§ 20 Sicherstellungsverpflichtung

Der soziotherapeutische Leistungserbringer ist verpflichtet, vor Einstellung seiner Tätigkeit ohne Kündigung durch die Verbände der Krankenkassen diese rechtzeitig schriftlich zu unterrichten. Den Verbänden sind die Namen der bis zu diesem Zeitpunkt betreuten Versicherten zur Sicherstellung der Versorgung mitzuteilen. Bei Nichtbefolgen können die Verbände Schadenersatz fordern.

§ 21 Inkrafttreten, Kündigung

- (1) Dieser Vertrag einschließlich seiner Anlagen tritt am >>xx.xx.xxxx<< in Kraft. Der Vertrag kann von den Vertragspartnern mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum >>xx.xx.xxxx<< gekündigt werden.
- (2) Die Kündigung eines Vertragspartners berührt nicht die Gültigkeit des Vertrages gegenüber den übrigen Vertragsbeteiligten.
- (3) Die Vergütungsvereinbarung (Anlage 7) kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden.

§ 22 Salvatorische Klausel

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.
- (2) Bei Änderung der Soziotherapie-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in Verbindung mit § 37 a Abs. 2 SGB V (siehe Anlage 1) prüfen die Vertragspartner, ob dieser Vertrag anzupassen ist.
- (3) Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Dies gilt auch für das Schriftformerfordernis selbst.

>>Ort<<, den >>DATUM<<

Soziotherapeutischer Leistungserbringer
(Stempel, Unterschrift)

Vertrag ausgefertigt am >>DATUM<<

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Niedersachsen

IKK classic

KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
- Der Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen -

Anlagen zum Vertrag

- Anlage 1 Soziotherapie-Richtlinien
- Anlage 2 Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände nach § 132 b Abs. 2 SGB V
(i. d. Fassung vom 29.11.2001)
- Anlage 3 Mitarbeiterliste
- Anlage 4 Berufsnachweis zu § 3
- Anlage 5 Leistungsnachweis und soziotherapeutische Dokumentation
- Anlage 6 Leistungsbeschreibung nach § 10
- Anlage 7 Vergütungsvereinbarung