

**Vertrag
gemäß § 132 b SGB V
über die Versorgung mit Psychotherapie im Freistaat Thüringen**

zwischen

XXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXX

als Träger für

XXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mit dem Leistungserbringer

- nachfolgend Leistungserbringer genannt -

und

der AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

vertreten durch den Vorstand

dieser vertreten durch

Herrn Andreas Häußler

handelnd zugleich für die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
(SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Hoppegarten

dem BKK Landesverband Mitte

Eintrachtweg 19 in 30173 Hannover

der IKK classic

zugleich handelnd als Vertreterin der

BIG direkt gesund,

IKK gesund plus,

IKK Nord,

IKK Südwest

der KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt/Main

den 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 Thüringen

- nachfolgend Krankenkassen genannt -

§ 1¹

Gegenstand des Vertrages und Grundlagen

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist die Durchführung der ambulanten Psychotherapie gemäß § 37a Abs. 1 SGB V, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist.
- (2) Psychotherapie stellt eine spezielle Leistung für Versicherte dar, die wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage sind, ärztliche oder psychotherapeutische sowie ärztlich oder psychotherapeutisch verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen. Sie umfasst die im Einzelfall erforderliche Koordinierung verordneter Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme.
- (3) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 37a Absatz 2 und § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V beschlossene Richtlinie über die Durchführung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-RL) in der jeweils aktuell gültigen Fassung zu beachten und umzusetzen.

§ 2

Geltungsbereich

- (1) Dieser Vertrag gilt ausschließlich für den im Rubrum genannten Träger und dessen in der Anlage 1 genannten benannten Leistungserbringer mit Sitz im Freistaat Thüringen.
- (2) Zudem gilt dieser Vertrag für die vertragsschließenden Krankenkassen. Dieser Vertrag gilt für die Versicherten der Betriebskrankenkassen (BKK), sofern die jeweils zuständige BKK den BKK Landesverband Mitte beauftragt hat.

§ 3

Berechtigung zur Abgabe der Leistungen

- (1) Die Anforderungen an den Leistungserbringer ergeben sich aus Anlage 1. Diese sind vor Vertragsabschluss nachzuweisen und fortlaufend zu gewährleisten.
- (2) Mit Abschluss dieses Vertrages erkennt der Leistungserbringer die nachfolgenden Vertragsbestimmungen für sich und gegebenenfalls den Kooperationspartner verbindlich an und ist nach Maßgabe dieses Vertrages berechtigt und verpflichtet, Psychotherapie für Versicherte der vertragsschließenden Krankenkassen durchzuführen.
- (3) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen ausschließlich durch von den Krankenkassen bestätigte Personen erbracht werden.
- (4) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Krankenkassen umgehend bei Änderungen schriftlich zu unterrichten.
- (5) Für räumlich getrennte Filialen, von denen aus Leistungen organisiert und erbracht werden, ist ein gesonderter Vertrag erforderlich, auch wenn diese zwar organisatorisch mit dem Leistungserbringer verbunden, rechtlich aber nicht selbständig sind.
- (6) Mit dem Abschluss des Vertrages ist keine Inanspruchnahmegarantie seitens der Krankenkassen gegeben.

¹ Zur Vereinfachung wird in diesem Vertrag die männliche Sprachform verwendet. Umfasst sind alle Geschlechter, soweit jeweils zutreffend.

§ 4

Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die soziotherapeutischen Leistungen nach diesem Vertrag nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen und ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich erbracht werden. Dabei ist zu beachten, dass der Anspruch für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Krankheitsfall besteht.
- (2) Der Leistungserbringer stellt die Durchführung der ärztlich verordneten und genehmigten soziotherapeutischen Leistungen sicher, im Bedarfsfall auch nachts sowie sonn- und feiertags. Er gewährleistet, dass die Weiterführung der Soziotherapie im dringenden Bedarfsfall auch bei seiner Abwesenheit in entsprechender Qualität sichergestellt ist.
- (3) Soziotherapeutische Leistungen werden überwiegend im sozialen Umfeld der Versicherten erbracht.
- (4) Die Erbringung soziotherapeutischer Leistungen ist ausgeschlossen, wenn durch den Versicherten selbständig ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen in Anspruch genommen werden. Dies betrifft insbesondere Leistungen der Ergotherapie, der Physiotherapie, Psychotherapie und – bei gleichen Leistungsinhalten – der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege. Gleiches gilt bei Inanspruchnahme von Leistungen einer psychiatrischen Institutsambulanz, Behandlungsmaßnahmen in einem Krankenhaus, einer psychiatrischen Tagesklinik oder einer Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtung. Eine Betreuung der Versicherten z. B. in einer Behindertenwerkstatt oder einer zugelassenen Pflegeeinrichtung schließt die Erbringung von Leistungen der Soziotherapie generell aus.
- (5) Soziotherapeutische Leistungen sind nach den allgemein anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu erbringen. Der Leistungserbringer hat im Rahmen der Durchführung der Soziotherapie die Soziotherapie-RL sowie die Weisung des behandelnden Arztes zu beachten.
- (6) Zur Optimierung der Versorgung mit soziotherapeutischen Leistungen nach diesem Vertrag, insbesondere um einen reibungslosen und unverzüglichen Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung zu gewährleisten, kooperiert der Leistungserbringer mit
 - Krankenhäusern,
 - niedergelassenen Vertragsärzten,
 - und sonstigen innerhalb des Versorgungsspektrums Beteiligten.
- (7) Der Leistungserbringer stimmt sich in regelmäßigen Zeitabständen, obligatorisch vor und nach den Probestunden, sowie mindestens jeden zweiten Monat und vor jeder Folgeverordnung mit dem die Soziotherapie verordnenden Arzt ab, um die soziotherapeutischen Leistungen unter Berücksichtigung des Therapieverlaufes hinsichtlich der Therapieziele anzupassen. Anregungen und Therapieinhalte anderer beteiligter Leistungserbringer sind bei der Durchführung der soziotherapeutischen Leistungen zu berücksichtigen.
- (8) Ist die Notwendigkeit oder Wirksamkeit der verordneten soziotherapeutischen Leistungen im Hinblick auf das Behandlungsziel nicht mehr vorhanden (Ergebnisqualität), sind der Arzt und die jeweils zuständige Krankenkasse durch den Leistungserbringer unverzüglich zu informieren.

- (9) Der Leistungserbringer haftet gegenüber den Versicherten und der zuständigen Krankenkasse nach den gesetzlichen Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches. 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.
- (10) Eine Leistungserbringung für Versicherte, für die der Leistungserbringer als Betreuer nach dem bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) bestellt worden ist, ist ausgeschlossen.

§ 5

Abgabe der Leistungen und Genehmigung

- (1) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen nur aufgrund einer gültigen vertragsärztlichen Verordnung (Muster 26) erbracht werden.
- (2) Mit Ausnahme der Verordnung entsprechend § 9 Abs. 1 der Psychotherapie-RL ist die Kostenübernahme grundsätzlich rechtzeitig vor Beginn der Leistungserbringung bei der zuständigen Krankenkasse unter Beifügung des psychotherapeutischen Behandlungsplanes (§ 7) zu beantragen.
- (3) Über Art, Umfang und Dauer der Leistungen entscheidet die zuständige Krankenkasse unter Berücksichtigung der ordnungsgemäß ausgestellten vertragsärztlichen Verordnung; sie informiert hierüber den Versicherten oder dessen Betreuer sowie den Leistungserbringer.
- (4) Ist der Versicherte nicht in der Lage, einen Verordnungsberechtigten selbständig in Anspruch zu nehmen, kann der behandelnde Arzt einen psychotherapeutischen Leistungserbringer per Verordnung hinzuziehen. Diese Verordnung erfolgt gemäß Muster 28 und umfasst maximal fünf Therapieeinheiten. Diese werden auf das Gesamtkontingent der Psychotherapie angerechnet, wenn es zur Verordnung von psychotherapeutischen Leistungen durch einen Verordnungsberechtigten kommt. Eine Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung (§ 4 Absatz 5 und 6 Psychotherapie-RL) bedarf nicht der vorherigen Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse. Ziel dieser Verordnung ist die Motivierung des Patienten, einen Verordnungsberechtigten für Psychotherapie aufzusuchen.
- (5) Es können vom Verordnungsberechtigten vor der ersten Verordnung bis zu fünf Probestunden zur Abklärung der Therapiefähigkeit des Patienten und zur Erstellung des psychotherapeutischen Behandlungsplanes verordnet werden. Auch hierfür ist eine Genehmigung der Krankenkasse nicht erforderlich. Die Probestunden werden auf den Höchstanspruch pro Versicherten von 120 Stunden innerhalb von drei Jahren angerechnet.
- (6) Im Übrigen dürfen Leistungen vom Leistungserbringer nur auf der Grundlage einer Genehmigung durch die Krankenkasse erbracht werden. Die Genehmigung der zuständigen Krankenkasse ist vom Leistungserbringer zu beachten. Sollte die Psychotherapie für einen längeren Zeitraum erforderlich sein, ist spätestens drei Arbeitstage vor Ablauf des befristeten Leistungszeitraumes mit einer neuen vertragsärztlichen Verordnung (Muster 26) ein Verlängerungsantrag bei der zuständigen Krankenkasse zu stellen, um dieser Gelegenheit zu geben, ggf. den Medizinischen Dienst (MD) einzuschalten. Zur Verbesserung der Transparenz hinsichtlich der erforderlichen Leistungen hat der Leistungserbringer ergänzende Angaben der zuständigen Krankenkasse zu übermitteln oder auf deren Anforderung zur Verfügung zu stellen.

- (7) Sofern aus unabwendbaren Gründen, insbesondere an Wochenenden oder Feiertagen, die Kostenzusage für psychotherapeutische Leistungen durch die zuständige Krankenkasse nicht vor Beginn der Psychotherapie eingeholt werden kann, beantragt der Leistungserbringer unverzüglich die Kostenübernahme unter Beifügung des psychotherapeutischen Behandlungsplanes (§ 7). In diesen Fällen übernimmt die zuständige Krankenkasse bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die verordneten und erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung, wenn die Verordnung spätestens am dritten – der Ausstellung folgenden - Arbeitstag bei der Krankenkasse (ggf. per Telefax) vorliegt (§ 9 Abs. 3 der Psychotherapie-RL). Der Leistungserbringer nimmt insoweit seine sich aus § 4 Absatz 1 ergebende Mitwirkungspflicht wahr.
- (8) Bei Annahme einer genehmigten vertragsärztlichen Verordnung über Psychotherapie ist die verordnete Psychotherapieleistung unter Berücksichtigung des § 4 Abs. 7 von Anfang bis Ende zu erbringen soweit der Patient zwischenzeitlich nicht von seiner Wahlfreiheit in Bezug auf die Auswahl eines anderen Leistungserbringers Gebrauch macht.
- (9) 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 mit Datumsangabe seitens des verordnenden Arztes.
- (10) Sollte sich im Verlauf der Behandlung herausstellen, dass der Patient nicht geeignet ist oder die definierten Therapieziele nicht erreichen kann, ist die Psychotherapie unverzüglich abzubrechen. Entsprechendes gilt bei vorzeitigem Erreichen der Therapieziele.
- (11) Wird während der Psychotherapie eine stationäre Behandlung notwendig, die die Weiterführung der Psychotherapie nach dem Behandlungsplan nicht möglich macht, umfasst die Psychotherapie auch den Kontakt mit dem Patienten, um eine frühestmögliche Entlassung zu erreichen und in Absprache mit dem verordnenden Vertragsarzt die Wiederaufnahme und Weiterführung der Psychotherapie sicherzustellen. Nach Abschluss der stationären Behandlung ist der Behandlungsplan ggf. den aktuellen Erfordernissen anzupassen.

§ 6 Leistungsinhalt

Der Leistungserbringer hat die in § 3 der Psychotherapie-RL aufgeführten Leistungen, welche den Patienten zur selbstständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer sowie ärztlich oder psychotherapeutisch verordneter Maßnahmen befähigen sollen, zu erbringen.

§ 7 Psychotherapeutischer Behandlungsplan

- (1) Vor Beginn der Psychotherapie ist in Abstimmung des Leistungserbringers mit dem verordnenden Arzt (Verordner) und dem Patienten ein psychotherapeutischer Behandlungsplan (Muster 27 der Vordruckvereinbarung) zu erstellen. Nach Abschluss der Probestunden ist der psychotherapeutische Behandlungsplan in Zusammenarbeit mit dem verordnenden Arzt auf seine Realisierbarkeit zu überprüfen, ggf. zu ändern oder die Psychotherapie zu beenden.
- (2) Im psychotherapeutischen Behandlungsplan müssen die in § 6 der Psychotherapie-RL aufgeführten Inhalte enthalten sein.

§ 8

Soziotherapeutische Dokumentation und Leistungsnachweis

- (1) Der Leistungserbringer führt fortlaufend eine soziotherapeutische Dokumentation über Ort, Dauer und Inhalt der Arbeit mit und für den Patienten und dessen Entwicklung. Sie enthält insbesondere die in § 3 der Psychotherapie-RL festgelegten Angaben.

Die Dokumentation schließt die Berichterstattung an den verordnenden Arzt (Verordner) und gegebenenfalls den Medizinischen Dienst ein.

- (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 2 beigelegt. Die Aufbewahrungsfrist für die Dokumentation durch den Leistungserbringer beträgt 5 Jahre nach Ende des Kalenderjahres der Leistungserbringung.
- (3) Zudem hat der Leistungserbringer die nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen in einem Leistungsnachweis (Anlage 3) aufzuzeigen.

Der Leistungsnachweis beinhaltet folgende Angaben:

- Name, Anschrift Leistungserbringer
- Institutionskennzeichen
- Name, Anschrift Patienten, Krankenkasse, Krankenversicherungsnummer
- Abrechnungszeitraum
- Art der erbrachten Leistungen
- Datum, Uhrzeit und Dauer der Leistungserbringung
- Nennung des Therapeuten
- Handzeichen des Versicherten

Die Leistungen sind vom Leistungserbringer unmittelbar nach der Leistungserbringung unter Angabe der Positionsnummer und des Datums darzustellen und von der oder dem Versicherten bzw. seinem Vertreter durch Unterschrift zu bestätigen. Globalunterschriften sowohl im Voraus als auch nachträglich sowie die Verwendung von Korrekturmitteln sind unzulässig. Der Leistungserbringer oder seine Mitarbeiter können die Quittierung nicht als Vertreterin oder Vertreter für den Versicherten übernehmen.

Der vollständig ausgefüllte Leistungsnachweis ist zwingender Bestandteil der Abrechnung.

§ 9

Qualitätssicherung

- (1) Der Leistungserbringer hat zu gewährleisten, dass das eingesetzte Personal in der Lage ist, die soziotherapeutischen Leistungen nach Art, Inhalt und Umfang 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 haben alle Personen, welche soziotherapeutische Leistungen nach diesem Vertrag erbringen, die in der Anlage 4 aufgeführten Maßnahmen abzuleisten und nachzuweisen.
- (3) Die Krankenkasse kann die Qualität der soziotherapeutischen Leistungserbringung jederzeit nach Maßgabe des § 275 SGB V durch den MD prüfen lassen. Zur Durchführung einer Prüfung ist dem MD Zugang zu den Geschäftsräumen zu gewähren.

Grundlagen der Prüfung sind insbesondere

- die Kostenübernahmeerklärungen gemäß § 5
- die Dokumentation und Leistungsnachweise nach § 8
- die Qualifikationsnachweise und Nachweise über interne Qualitätssicherungsmaßnahmen (Anlage 4)

§ 10 Vergütung

- (1) Die Vergütung der Vertragsleistungen richtet sich nach Anlage 5. Mit der vereinbarten Vergütung sind sämtliche Aufwendungen, die mit den nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen verbunden sind, abgegolten.
- (2) Zahlungen von Versicherten für Vertragsleistungen darf der Leistungserbringer weder fordern noch annehmen.

§ 11 Abrechnung

- (1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit "Sonstigen Leistungserbringern" gemäß § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Bis zu dem von der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen vorzugebenden Zeitpunkt der Umsetzung erfolgt die Rechnungslegung entsprechend den Bestimmungen der nachfolgenden Absätze.
- (2) Die nach diesem Vertrag zu vergütenden Leistungen sind vom Leistungserbringer grundsätzlich im Folgemonat abzurechnen. Abgerechnet werden dürfen nur genehmigte, tatsächlich erbrachte und dokumentierte Leistungen. Der Abrechnung ist die Verordnung, der psychotherapeutische Behandlungsplan sowie der Leistungsnachweis (Anlage 3) beizufügen. Der psychotherapeutische Behandlungsplan muss bei der Verordnung zur Indikationsstellung und bei der Verordnung der Problemlisten nicht zwingend vorliegen.

Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:

- Abrechnungsdaten
 - Urbelege (z. B. Verordnungen und psychotherapeutischer Behandlungsplan, ggf. Leistungszusagen der Krankenkassen)
 - Leistungsnachweis im Original (durchgeführte psychotherapeutische Maßnahmen)
 - Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung)
 - Begleitzettel für Urbelege (bei maschineller Abrechnung)
- (3) Auf jeder Rechnung ist die Krankenversicherungsnummer anzugeben.
 - (4) Für den Abrechnungsverkehr ist das für den Leistungserbringer maßgebende Institutionenkennzeichen (IK) zu verwenden, das von der Arbeitsgemeinschaft Institutionenkennzeichen (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. Eine Abrechnung durch eine andere Stelle als ein Rechenzentrum i.S.d. § 302 Abs. 2 SGB V ist nicht zulässig.
- (6) Überträgt der Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle oder wechselt er diese, so hat der Leistungserbringer oder der von ihm beauftragte Dienstleister die zuständige Krankenkasse oder, sofern die Krankenkasse eine Abrechnungsstelle beauftragt hat, die krankenkassenseitige Abrechnungsstelle, unverzüglich hierüber schriftlich zu informieren. Der Krankenkasse oder der von ihr beauftragten krankenkassenseitigen Abrechnungsstelle ist der Beginn und das Ende des Abrechnungsverhältnisses, der Name der beauftragten leistungserbringerseitigen Abrechnungsstelle und das IK, unter dem die leistungserbringerseitige Abrechnungsstelle die Rechnungsstellung vornimmt, mitzuteilen. Zudem ist eine schriftliche Abtretungserklärung oder eine schriftliche Inkassovollmacht vorzulegen.
- (7) Erfolgt die Abtretung der Forderung an eine Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle bzw. wird dieser Inkassovollmacht erteilt, so zahlt die zuständige Krankenkasse nach Eingang der schriftlichen Abtretungsanzeige bzw. Inkassovollmacht an die Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung. Dies gilt solange, bis bei der jeweils zuständigen Krankenkasse die Rücknahme der Abtretungsanzeige mit der erforderlichen Zustimmung der Abrechnungsstelle gemäß § 409 Absatz 2 BGB bzw. der Widerruf der Inkassovollmacht eingegangen ist. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehungen zwischen der Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet sind. Der Leistungserbringer hat sicherzustellen, dass mit dem der zuständige Krankenkasse mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung mehr zugunsten der gemeldeten Abrechnungsstelle besteht. Das Ende der Bevollmächtigung bzw. eine Rückabtretung ist durch die Abrechnungsstelle bzw. den Leistungserbringer der Krankenkasse schriftlich mitzuteilen.
- (8) Sollte die Krankenkasse das Belegleseverfahren einführen, sind die dazu erforderlichen Rechnungsvordrucke zu verwenden.
- (9) Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OHG), dem Bundesseuchengesetz (BseuchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform für die Krankenkasse zu erstellen. Die Verordnungen und rechnungsbegründende Unterlagen sind der Abrechnung gesondert beizufügen.
- (10) Rechnungen, die den Anforderungen nach den Absätzen 1 bis 8 nicht entsprechen, können von der Krankenkasse berichtigt oder zur Berichtigung zurückgegeben werden.

§ 12

Zahlungsfrist, Beanstandungen, Verjährung

- (1) Die Rechnungen sind innerhalb von 28 Arbeitstagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen bei der zuständigen Krankenkasse oder der von ihr benannten Stelle zu bezahlen. Wird die Zahlung durch Überweisung vorgenommen, gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wird. Ist der Fälligkeitstag ein Samstag, Sonntag oder ein gesetzlicher Feiertag, so verschiebt sich das Fälligkeitsdatum auf den nächstfolgenden Arbeitstag.
- (2) Alle Zahlungen durch die Krankenkassen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlich-rechnerischen Prüfung. Soweit eine Krankenkasse Zahlungen geleistet hat, auf die der Leistungserbringer keinen Anspruch hat, ist die Krankenkasse berechtigt, die Beträge innerhalb der gesetzlichen Verjährungsfrist zurückzufordern.
- (3) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Rechnung informiert die jeweilige Krankenkasse den Leistungserbringer bzw. das entsprechende Abrechnungszentrum. Rechnungsbeanstandungen, die aus der Rechnung ersichtlich sind (bloße Vollständigkeits- und Schlüssigkeitsprüfung), müssen innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden. Einsprüche gegen Beanstandungen können vom Leistungserbringer innerhalb von 3 Monaten nach Mitteilung geltend gemacht werden.
- (4) Forderungen aus Vertragsleistungen können vom Leistungserbringer nur im begründeten Ausnahmefall, abweichend von § 11 Absatz 2 Satz 1, bis zu 12 Monate, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie erbracht wurden, erhoben werden. Nach Ablauf dieser Frist verliert der Leistungserbringer seinen Vergütungsanspruch, es sei denn, dass er die Fristversäumung nicht zu vertreten hat.

§ 13

Datenschutz, Schweigepflicht

- (1) Die Parteien sind im Rahmen ihres eigenen Verantwortungsbereichs an die gesetzlichen datenschutzrechtlichen Bestimmungen gebunden. Die einschlägigen Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der einschlägigen Landesdatenschutzgesetze und des Sozialgesetzbuches (SGB) sind, sofern diese für die jeweilige Partei gelten, von den Parteien einzuhalten. Insbesondere sind, soweit dies für die jeweilige Partei zutreffend ist, die Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung zu beachten.
- (2) Der Leistungserbringer verpflichtet sich ferner, über alle bei der Durchführung des Vertrages erlangten Sozialdaten von Versicherten und sonstigen Dritten, insbesondere über medizinische und pflegerische Daten Stillschweigen zu bewahren. Ausgenommen hiervon sind die zur Durchführung der Krankenversicherung erforderlichen Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst und der Krankenkasse. Im Übrigen hat der Leistungserbringer die Einhaltung der für ihn einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen sicherzustellen.

§ 14

Werbung, Einflussnahme- und Vermittlungsverbot

- (1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Krankenkasse beziehen.

- (2) 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.
- (3) Die Versicherten haben die Wahl unter den zugelassenen Leistungserbringern. 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.

§ 15

Maßnahmen bei Vertragsverstößen, Wiedergutmachung des Schadens

- (1) Beachtet der Leistungserbringer seine gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten nicht in der gebotenen Weise, kann die zuständige Krankenkasse oder die Krankenkassen gemeinsam nach Anhörung des betroffenen Leistungserbringers unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit über geeignete Maßnahmen entscheiden. Als solche kommen in Betracht:
 - a) Verwarnung, ggf. mit Auflagen
 - b) Abmahnung
 - c) Vertragsstrafe bis 25.000 EUR bei fahrlässigen oder vorsätzlichen Verstoß
 - d) Außerordentliche Kündigung des Vertrages nach § 16

Eine Vertragsstrafe kann auch neben einer Ermahnung bzw. Abmahnung verhängt werden.

Die Entscheidung ist dem Leistungserbringer schriftlich mitzuteilen.

- (2) Wurden Leistungen entgegen geltendem Recht bzw. dem Vertrag erbracht oder Leistungen ohne entsprechende Gegenleistung mit der Krankenkasse abgerechnet, hat der Leistungserbringer den entstandenen Schaden zu ersetzen bzw. eine zu Unrecht gezahlte Vergütung zurückzuzahlen. Es gelten hierfür die gesetzlichen Verjährungsfristen. § 12 Absatz 3 gilt in diesen Fällen nicht.
- (3) Die Einleitung möglicher strafrechtlicher Schritte durch die Krankenkasse/n bleibt unberührt (§ 197a SGB V).

§ 16

Außerordentliche Kündigung

Das Vertragsverhältnis kann von jeder Krankenkasse 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.

Gründe für eine außerordentliche Kündigung sind insbesondere:

- a) Nichteinhalten der personellen, strukturellen und sonstigen Anforderungen zur Abgabe der Leistungen
- b) wiederholte oder schwerwiegende Verstöße gegen die Qualitätssicherung gemäß § 8 des Vertrages,
- c) Abrechnung von nicht oder teilweise nicht erbrachten Leistungen,

- d) Pflichtverletzungen, in deren Folge Versicherte zu Schaden kommen oder in ihren vermögenswerten Rechten verletzt werden,
- e) rechtskräftige Verurteilung der unmittelbar die Leistung erbringende Person wegen einer in § 75 Abs. 2 S. 3 SGB XII genannten Straftat,
- f) Geltendmachung bzw. Annahme von Zahlungen der Patienten für Vertragsleistungen,
- g) Zahlungen oder Annahme von Vergütungen oder Provisionen für Zuweisungen von Patienten oder Vermittlung von Aufträgen,
- g) Vorquittierung von nicht erbrachten Leistungen,
- (h) wiederholte oder schwerwiegende Verstöße gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen,
- (i) Fälschung von erforderlichen Unterschriften.

§ 17

Inkrafttreten, Kündigung und Sicherstellungsverpflichtung

- (1) Dieser Vertrag einschließlich seiner Anlagen tritt am in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit dreimonatiger Frist zum Ende eines Quartals schriftlich gekündigt werden. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung nach § 16. bleibt unberührt. Die Kündigung durch eine Krankenkasse lässt die Wirksamkeit dieses Vertrages für die übrigen Vertragspartner unberührt.

Der psychotherapeutische Leistungserbringer ist verpflichtet, vor beabsichtigter Einstellung seiner Tätigkeit nach diesem Vertrag die Krankenkassenverbände und Krankenkassen rechtzeitig, spätestens 3 Monate vorher, schriftlich zu unterrichten. Der zuständigen Krankenkasse sind in diesem Falle zur Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung die Namen und Versichertennummern der bis zu diesem Zeitpunkt betreuten Versicherten mitzuteilen.

- (3) Die Vergütungsvereinbarung nach Anlage 5 kann nach den darin enthaltenen Regelungen unabhängig von diesem Vertrag gekündigt werden.
- (4) Mit Beendigung dieses Vertrages endet auch die Vergütungsvereinbarung, ohne dass es hierzu einer gesonderten Kündigung bedarf.

§ 18

Salvatorische Klausel

Änderungen oder Ergänzungen des Vertrages und/oder seiner Anlagen bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für Änderungen oder Aufhebungen des Schriftformerfordernisses selbst.

Sollten einzelne Bestimmungen oder Bestandteile dieses Vertrages nichtig, unwirksam oder undurchführbar sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Die Vertragsparteien sind verpflichtet, jede(n) unwirksame(n)/ undurchführbare(n) Bestimmung oder Bestandteil durch eine wirksame und durchführbare Regelung so zu ersetzen, dass dem

Sinn und Zweck dieser Vereinbarung entsprochen wird. Das Entsprechende gilt für die Schließung planwidriger Vertragslücken.

Anlagen:

- Anlage 1: Gemeinsamer Strukturhebungsbogen
- Anlage 2: Psychotherapeutische Dokumentation (Muster)
- Anlage 3: Leistungsnachweis (Abrechnungsformular-Muster)
- Anlage 4: Qualitätssicherung
- Anlage 5: Vergütung

Ort, Datum

Träger

AOK PLUS zugleich handelnd für die SVLFG
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Thüringen

IKK classic
auch in Vertretung der im Rubrum genannten
anderen Innungskrankenkassen

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

KNAPPSCHAFT,
Regionaldirektion Frankfurt/Main