Anlage 1; Rahmenvertrag

RAHMENVERTRAG

gemäß § 132b SGB V
über die einheitliche Versorgung
mit Leistungen der Soziotherapie gemäß § 37a SGB V
In Rheinland-Pfalz

zwischen

der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege in Rheinland-Pfalz e.V., Mainz

und

der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse, Eisenberg,
dem BKK-Landesverband Mitte, Hannover*,
der KNAPPSCHAFT, Bochum, vertreten durch die Regionaldirektion Saarbrücken,
der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Kassel,
der IKK Südwest, Saarbrücken,
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/die Leiter/in der vdek – Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Mainz

als Landesverbände der Krankenkassen

Präambel

Die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen in Rheinland-Pfalz sowie die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege haben gem. § 132b SGB V diesen Rahmenvertrag partnerschaftlich mit dem Ziel geschlossen, eine bedarfsgerechte und qualitativ gleichwertige, qualitätsgesicherte, dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen mit soziotherapeutischen Leistungen zu gewährleisten. Die Krankenkassen und die Leistungserbringer wollen hiermit dazu beitragen, eine bedarfsgerechte sozialpsychiatrische Betreuung der Versicherten zu ermöglich.

§ 1
Geltungsbereich

(1) Dieser Rahmenvertrag gilt für
die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse, Eisenberg,
den BKK-Landesverband Mitte, Hannover*,
der Knappschaft, Bochum, vertreten durch die Regionaldirektion Saarbrücken,
der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Kassel,
die IKK Südwest, Saarbrücken,
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/die Leiter/in der vdek – Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Mainz

*dieser Vertrag gilt für die Versicherten der Betriebskrankenkassen, sofern die jeweilige BKK den BKK Landesverband Mitte zum Abschluss dieses Vertrages beauftragt hat

- im folgenden Krankenkassen genannt -

und

die der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege in Rheinland-Pfalz e.V. angeschlossenen Dienste und Einrichtungen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Vertrages zur Versorgung mit Leistungen der Soziotherapie in Rheinland-Pfalz zugelassen sind (gem. Anlage 8).

(2) Andere Träger, die durch schriftliche Erklärung (Anlagen 1 und 3) gegenüber den Krankenkassen diesem Vertrag beitreten, wenn sie die Voraussetzungen nach diesem Rahmenvertag erfüllen und den Krankenkassen nachgewiesen haben. Die Nachweise sind an jede, der in Anlage 7 genannten Adressen zu senden.

– im folgenden Leistungserbringer genannt –

§ 2
Gegenstand des Rahmenvertrages

Zur Sicherstellung der Versorgung der Versicherten mit soziotherapeutischen Leistungen regelt dieser Rahmenvertrag insbesondere:

I. Allgemeine Grundsätze (§§ 3-8)

II. Inhalt der soziotherapeutischen Leistungen einschließlich deren Abgrenzung (§§ 9 – 11)

III. Voraussetzungen beim Leistungserbringer (§§ 12-17)

IV. Maßnahmen zur Qualitätssicherung (§§ 18-20)

V. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung (§ 21)

VI. Grundsätze der Vergütung und Rechnungslegung (§§ 22-23)

VII. Inkrafttreten und Schlussvorschriften (§§ 24-28)

I. Allgemeine Grundsätze

§ 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) Der Anspruch des Versicherten nach Absatz 1 besteht nicht, sofern der Versicherte bereits Leistungen einer Psychiatrischen Institutsambulanz erhält. Die Krankenkasse kann hiervon abweichend Leistungen der ambulanten Soziotherapie neben Leistungen einer Psychiatrischen Institutsambulanz genehmigen, wenn dies aus besonderen Gründen ausnahmsweise erforderlich ist und bei Antragsstellung detailliert begründet wurde.

§ 4
Ziele der soziotherapeutischen Leistungserbringung

(1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer gewährleisten eine bedarfsgerechte und qualitativ gleichmäßige und gleichwertige, qualitätsgesicherte, dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen mit soziotherapeutischen Leistungen. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie orientiert sich an dem individuellen Hilfebedarf des Versicherten, darf aber das Maß des Notwendigen nicht überschreiben und muss wirtschaftlich erbracht werden.

(2) Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie nach § 37a SGB V soll ihnen die Inanspruchnahme verordneter Leistungen ermöglichen. Sie soll dem Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; der Patient soll in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen. Sie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen.

(3) Soziotherapie kann verordnet werden, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. Die Erbringung von Soziotherapie erfolgt bedarfsgerecht und ist an einer wirtschaftlichen Mittelverwendung zu orientieren.

(4) Soziotherapie findet überwiegend im sozialen Umfeld des Patienten statt. Soziotherapie unterstützt einen Prozess, der dem Patienten einen besseren Zugang zu seiner Krankheit ermöglicht, indem Einsicht, Aufmerksamkeit, Initiative, soziale Kontaktfähigkeit und Kompetenz gefördert werden.

§ 5
Verordnung von Soziotherapie

(1) Soziotherapie darf nur von Berufsgruppen verordnet werden, die gemäß der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung" (nachfolgend Soziotherapie-Richtlinie) in der jeweils gültigen Fassung hierzu entsprechend befugt sind.

(2) Ziel der Verordnung ist die Motivierung des Patienten, die Überweisung wahrzunehmen. Zur Erreichung dieses Zieles stehen dem soziotherapeutischen Leistungserbringer maximal fünf Therapieeinheiten zur Verfügung. Diese werden auf das Gesamtkontingent der Soziotherapie angerechnet, wenn es zur Verordnung von Soziotherapie gemäß Abs. 1 kommt.

(3) Kommt der Verordner aufgrund seiner Kenntnis des Einzelfalles zu der Auffassung, dass der Patient nicht in der Lage ist, diese Überweisung selbständig in Anspruch zu nehmen, kann der Verordner einen soziotherapeutischen Leistungserbringer per Verordnung hinzuziehen. Diese Verordnung erfolgt auf dem hierfür vereinbarten Vordruck ("Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung Soziotherapie gem. § 37a SGB V im Umfang von max. fünf Therapieeinheiten").

(4) Lässt es sich nicht erreichen, dass der Patient die Überweisung zu einem Verordner entsprechend der Soziotherapie-Richtlinie wahrnimmt oder kommt es nicht zur Verordnung von Soziotherapie durch einen in § 4 der Soziotherapie-Richtlinie genannten Verordner, sind die maximal fünf vom soziotherapeutischen Leistungserbringer erbrachten Therapieeinheiten dennoch berechnungsfähig. Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt auf dem oben genannten Vordruck ("Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie gem. § 37a SGB V im Umfang von max. fünf Therapieeinheiten").

(5) Vor der ersten Verordnung gemäß Abs. 1 können bis zu fünf Probestunden verordnet werden, die auf diese Verordnung angerechnet werden. Die Verordnung von Probestunden zur Abklärung der Therapiefähigkeit des Patienten und Erstellung des soziotherapeutischen Betreuungsplans kann maximal zweimal pro Jahr für einen Versicherten erfolgen. Verordnungen gemäß Abs. 1 können jeweils bis maximal 30 Therapieeinheiten ausgestellt werden. Verordnet werden dürfen nur so viele Therapieeinheiten, wie zur Erreichung des Therapiezieles oder bis zur Feststellung, dass dieses nicht erreichbar sein wird, erforderlich scheinen.

(6) Informiert ein Krankenhaus den Vertragsarzt oder den Psychotherapeuten gemäß § 4 Abs. 1-3 der Soziotherapie-Richtlinie über die Möglichkeit, einen Versicherten vorzeitig zu entlassen, hat der Vertragsarzt oder der Psychotherapeut ggf. unter Hinzuziehung eines soziotherapeutischen Leistungserbringers zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Verordnung von Soziotherapie erfüllt sind.

(7) Wird während der Soziotherapie eine stationäre Behandlung notwendig, die die Weiterführung der Soziotherapie nach dem Betreuungsplan nicht möglich macht, umfasst die Soziotherapie auch den Kontakt mit dem Patienten, um eine frühestmögliche Entlassung zu erreichen und in Absprache mit dem verordneten Vertragsarzt die Wiederaufnahme und Weiterführung der Soziotherapie sicherzustellen.

§ 6
Genehmigung von Soziotherapie

(1) Mit Ausnahme der Verordnung nach § 5 Abs. 2 (bis zu fünf Stunden) bedarf jede Verordnung von Soziotherapie der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse des Versicherten. Dazu ist der soziotherapeutische Betreuungsplan gemäß dem entsprechenden Vordruck vorzulegen. Wurden Probestunden verordnet, ist bei der ggf. folgenden Verordnung von Soziotherapie der soziotherapeutische Betreuungsplan gemäß dem entsprechenden Vordruck zusammen mit der Verordnung für die Probestunden vorzulegen. Eine Genehmigung der Krankenkasse ist auch bei den Ausnahmefällen nach Satz 1 erforderlich, wenn insgesamt mehr als 5 Stunden Soziotherapie verordnet werden.

(2) Die Krankenkassen können im Rahmen des Genehmigungsverfahrens mit der Prüfung der verordneten Maßnahmen der Soziotherapie den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) beauftragen. Falls erforderlich, sind dem MDK vom soziotherapeutischen Leistungserbringer ergänzende Angaben zum Betreuungsplan gemäß § 6 Abs. 2 der Soziotherapie-Richtlinie zu übermitteln. Werden verordnete Soziotherapieeinheiten nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, ist der Verordner unverzüglich unter Angabe der Gründe über die Entscheidung der Krankenkasse zu informieren.

(3) Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die verordneten und erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132b SGB V, wenn die Verordnung spätestens am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.

§ 7
Datenschutz und Schweigepflicht

(1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) einzuhalten. Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gem. Art. 32 EU- DSGVO insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdenden 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 gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus. 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 Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 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. Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Patientin/des Patienten und dessen Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

(2) Für die kirchlichen Leistungserbringer gilt ergänzend das kirchliche Datenschutzrecht (KDG, DSG-EKD) in Verbindung mit Art. 91 EU-DSGVO.

§ 8
Buchführungs- und Rechnungswesen

Leistungserbringer für Soziotherapie haben in der Regel ihre Bücher nach der kaufmännischen doppelten Buchführung zu führen.

II. Inhalt der Soziotherapie einschließlich deren Abgrenzung

§ 9
Soziotherapeutische Leistungen im Einzelfall

(1) Folgende Leistungen sind in jedem Fall zu erbringen:

a) Erstellung des soziotherapeutischen Betreuungsplans: Verordner, soziotherapeutischer Leistungserbringer und Patient wirken bei der Erstellung des soziotherapeutischen Betreuungsplans zusammen.

b) Koordination von Behandlungsmaßnahmen und Leistungen: Der soziotherapeutische Leistungserbringer koordiniert die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung und verordneter Leistungen für den Patienten gemäß dem soziotherapeutischen Betreuungsplan. Dies umfasst sowohl aktive Hilfe und Begleitung als auch Anleitung zur Selbsthilfe. Dabei soll der soziotherapeutische Leistungserbringer den Patienten zur Selbständigkeit anleiten und ihn so von der soziotherapeutischen Betreuung unabhängig machen.

c) Arbeit im sozialen Umfeld: Der soziotherapeutische Leistungserbringer analysiert die häusliche, soziale und berufliche Situation des Patienten und kann zur Unterstützung Familienangehörige, Freunde und Bekannte einbeziehen. Um die Therapieziele zu erreichen, kann er den Patienten an komplementäre Dienste heranführen.

d) Soziotherapeutische Dokumentation: Der soziotherapeutische Leistungserbringer dokumentiert fortlaufend Ort, Dauer und Inhalt der Arbeit mit und für den Patienten und die Entwicklung des Patienten. Er berichtet dem Verordner über den Stand der Behandlung (bei gravierender Befundänderung umgehend). Die soziotherapeutische Dokumentation enthält insbesondere Angaben zu:

- den durchgeführten soziotherapeutischen Maßnahmen (Art und Umfang),
- dem Behandlungsverlauf und den bereits erreichten bzw. den noch verbliebenen Therapie(teil-)zielen.

(2) Folgende Leistungen können ggf. aufgrund der Struktur der spezifischen Patientenprobleme vom soziotherapeutischen Leistungserbringer erbracht werden:

a) Motivations-/ Antriebsrelevantes Training
Mit dem Patienten werden praktische Übungen zur Verbesserung von Motivation, Belastbarkeit und Ausdauer durchgeführt. Sie finden im Lebensumfeld des Patienten statt.

b) Training zur handlungsrelevanten Willensbildung
Das Training beinhaltet die Einübung von Verhaltensänderungen, Übungen zur Tagesstruktur und zum planerischen Denken. Dabei ist Hilfestellung bei der Bewältigung von Konflikten zu geben und eine selbständige Konfliktlösung bzw. Konfliktvermeidung einzuüben.

c) Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung

Dies beinhaltet Hilfen beim Erkennen von Krisen (Frühwarnzeichen) und zur Krisenvermeidung, sowie die Förderung der Compliance und von gesunden Persönlichkeitsanteilen.

d) Hilfe in Krisensituationen
Bei auftretenden Krisen erfolgt entsprechende Hilfe, ggf. auch aufsuchend, zur Vermeidung erheblicher Verschlimmerung sowohl der Krankheit als auch der häuslichen, sozialen und beruflichen Situation des Patienten.

(4) Die beim Versicherten vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten sind in die Erbringung der Soziotherapie im Einzelfall einzubeziehen. Dabei sind der Versicherte und auf dessen Wunsch auch seine Angehörigen oder eine andere Bezugsperson zu beteiligen.

§ 10
Integrierte soziotherapeutische Betreuungs- und Behandlungsplanung

(1) Soziotherapie umfasst die Koordination der im Rahmen der integrierten Betreuungsplanung festgelegten Maßnahmen.

(2) Die Durchführung der Soziotherapie setzt einen mit dem Verordner und dem Patienten abgestimmten und vom soziotherapeutischen Leistungserbringer zu erstellenden soziotherapeutischen Betreuungsplan voraus. Dieser Plan wird durch den Leistungserbringer bei Leistungsbeginn erstellt und der Verordnung entsprechend kontinuierlich aktualisiert.

(3) Der soziotherapeutische integrierte Betreuungs- und Behandlungsplan ist das Ergebnis eines Abstimmungsgespräches zwischen Verordner, soziotherapeutischem Leistungserbringer und Patient. Nach Abschluss der Probestunden ist der soziotherapeutische Betreuungsplan in Zusammenarbeit mit dem Verordner auf seine Realisierbarkeit zu überprüfen, ggf. zu ändern oder die Soziotherapie zu beenden.

(4) Im soziotherapeutischen Betreuungsplan müssen enthalten sein:

- Benennung der in den vergangenen 6 Monaten in Anspruch genommenen stationären und ambulanten psychiatrischen Hilfen; insbesondere eventuell durch eine Psychiatrische Institutsambulanz erbrachten Leistungen.
- Anamnese
- Diagnose
- Aktueller Befund mit Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen des Patienten, und Schweregrad gemäß GAF (Skala zur globalen 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

(5) Für die medizinische Behandlung relevante Informationen, die der soziotherapeutische Leistungserbringer durch die Betreuung des Patienten gewinnt, sollen durch die Zusammenarbeit zwischen ihm und dem Verordner für die Behandlung nutzbar gemacht werden.

§ 11
Leistungsumfang

(1) 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 Zeitraumes von höchstens drei Jahren erbracht werden. Unter einem Krankheitsfall im Sinne der Soziotherapie-Richtlinie ist eine Phase der Behandlungsbedürftigkeit bei einer der in § 2 der Soziotherapie-Richtlinie aufgeführten Indikationen von bis zu 3 Jahren zu verstehen. Soweit nach § 5 Abs. 1 der Soziotherapie-Richtlinie alle übrigen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind, kommt auch nach Ablauf von 3 Jahren eine Weitergewährung von Soziotherapie in Betracht, auch wenn dem Therapieverlauf unverändert dieselbe Krankheitsursache zugrunde liegt.

(2) Eine Soziotherapieeinheit umfasst 60 Minuten. Die Therapieeinheiten können in kleinere Zeiteinheiten maßnahmenbezogen aufgeteilt werden. Dies ist in der soziotherapeutischen Dokumentation (Zeitaufwand) entsprechend zu vermerken.

(3) Soziotherapie wird in der Regel als Einzelfallmaßnahme erbracht. Soziotherapie kann in Absprache von Arzt und Leistungserbringer in besonderen Fällen auch in gruppentherapeutischen Maßnahmen erbracht werden. Dabei kann die Gruppengröße je nach Zielsetzung einer Sitzung bis zu 12 Teilnehmer umfassen. Bei gruppentherapeutischen Maßnahmen umfasst die Soziotherapieeinheit 90 Minuten. Dadurch darf jedoch das maximale Gesamtkontingent für Soziotherapie von 120 Zeitstunden nicht überschritten werden.

III. Voraussetzungen beim Leistungserbringer

§ 12
Soziotherapeutischer Leistungserbringer

Leistungserbringer für Soziotherapie sind Einrichtungen und Dienste, die in der gemeindenahen Versorgung (Gemeindepsychiatrischer Verbund oder vergleichbare Versorgungsstrukturen) einzeln oder in Kooperation mit anderen Einrichtungen und Diensten mindestens drei der nachstehenden fünf und in Anlage 2 konkretisierten 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

§ 13
Organisatorische Voraussetzungen

Sofern regionale und betriebliche Gegebenheiten es erlauben, ist durch die Bildung überschaubarer Teams soziotherapeutischer Mitarbeiter größtmögliche Kontinuität sicherzustellen, damit die Leistungen für den Versicherten von möglichst wenigen Personen erbracht werden. Die Einsatzorganisation von soziotherapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter orientiert sich an der individuellen Lebenssituation des Versicherten und ist dann durch eine verantwortliche Mitarbeiterin oder einen verantwortlichen Mitarbeiter vorzunehmen.

§ 14
Personelle und Fachliche Qualifikation

(1) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass für die Versorgung von Versicherten mit Soziotherapie nur Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen eingesetzt werden, die über die Erlaubnis zur Führung einer der folgenden Berufsbezeichnung verfügen:

- Diplom-Sozialarbeiterinnen bzw. -Sozialarbeiter
- Diplom-Sozialpädagoginnen bzw. -Sozialpädagoge
- Bachelor und Master in der sozialen Arbeit
- Diplom Pädagoginnen bzw. Pädagogen im sozialen Bereich
- Fachkrankenschwestern/-pfleger für Psychiatrie

(2) Darüber hinaus müssen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über eine mindestens dreijährige psychiatrische Berufspraxis, davon mindestens ein Jahr in einem allgemein-psychiatrischen Krankenhaus mit regionaler Versorgungsverpflichtung oder ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung verfügen.

(3) Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügen insbesondere über die in Anlage 6 genannten Kenntnisse und Erfahrungen.

(4) Der Leistungserbringer für Soziotherapie hat vor dem erstmaligen Einsatz einer Mitarbeiterin eines Mitarbeiters vorab den Krankenkassen die Unterlagen, aus denen sich die erforderlichen Qualifikationen gemäß Absatz 1, die Dauer und Art der psychiatrischen Berufserfahrung gemäß Absatz 2 und die erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen gem. Anlage 6 ergeben, vorzulegen. Geeignete Nachweise sind ebenfalls Anlage 6 zu entnehmen.

(5) Der Anteil der Leistungen, der durch geringfügig Beschäftigte erbracht wird, sollte 20 % nicht übersteigen.

(6) Der Einsatz freier Mitarbeiter ist ausgeschlossen.

(7) Bei Verhinderung der versorgenden soziotherapeutischen Mitarbeiter ist entsprechendes Vertretungspersonal einzusetzen. Dies kann über geeignete Kooperationsvereinbarungen im Gemeindepsychiatrischen Verbund geschehen.

§ 15
Räumliche Voraussetzungen

(1) Der Leistungserbringer muss über eigene, in sich geschlossene Räumlichkeiten verfügen.

(2) Ein barrierefreier Zugang sollte möglich sein.

(3) Für Gruppengespräche muss ein geeigneter Raum zur Verfügung stehen. Toilette und Handwaschbecken müssen vorhanden sein.

(4) Die Raumhöhe muss durchgehend mindestens 2,40 m -lichte Höhe- betragen. Alle Räume müssen ausreichend be- und entlüftbar sowie beheizbar und beleuchtbar sein.

(5) Der Nachweis geeigneter Räumlichkeiten ist durch Vorlage schriftlicher Verträge oder Vereinbarungen zu erbringen.

§ 16
Soziotherapeutische Dokumentation

(1) Vom Leistungserbringer ist eine soziotherapeutische fortlaufende Dokumentation (Anlage 5) über die Betreuung, insbesondere zu Art und Umfang der durchgeführten Maßnahmen zu führen. Diese Dokumentation schließt die Berichterstattung an den Verordner, 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. Berufsgeheimnisse sind zu berücksichtigen.

§ 17
Berechtigung zur Leistungserbringung

Mit Beitritt und Erfüllung der gesetzlichen und vertraglichen Voraussetzungen erhalten die Leistungserbringer gem. § 1 Abs. 2 die Berechtigung, durch ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Soziotherapie zu Lasten der Krankenkassen zu erbringen.

IV. Maßnahmen zur Qualitätssicherung

§ 18
Ergebnisqualität

Das Ergebnis des soziotherapeutischen Behandlungs- und Betreuungsprozesses ist anhand des vom Verordner definierten Behandlungs- und Betreuungszieles regelmäßig zu überprüfen. Hier ist insbesondere darauf abzustellen, inwieweit die mit dem Versicherten gemeinsam vereinbarten Ziele sowie seine angemessenen Wünsche im Therapieprozess Berücksichtigung gefunden haben. Dabei sind das soziale und räumliche Lebensumfeld, in dem die Soziotherapie stattfindet sowie die Leistungen der anderen an der Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen Beteiligten zu berücksichtigen. Das Ergebnis der Überprüfung ist in der Dokumentation festzuhalten.

§ 19
Qualitätssicherung

(1) Der Leistungserbringer für Soziotherapie bzw. dessen Träger ist verpflichtet, die fachliche Kompetenz seiner für die Durchführung der Leistung verantwortlichen soziotherapeutischen Mitarbeiter durch berufsbezogene Fort-/Weiterbildung sicherzustellen, zu dokumentieren und diese auf Anforderung den Krankenkassen nachzuweisen.

(2) Es werden folgende verpflichtende Leistungen zur Qualitätssicherung durch die Leistungserbringer vereinbart:

(3) In den ersten zwei Jahren der Tätigkeit sind für jede Fachkraft mindestens 20 Doppelstunden Teilnahme an einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppe oder an einer Fallsupervision erforderlich.

(4) Der Besuch jeder Mitarbeiterin oder jedes Mitarbeiters von jährlichen vier Fortbildungs-Veranstaltungen von insgesamt 16 Stunden mit den Schwerpunktthemen allgemeine Psychiatrie und Sozialpädagogik ist verpflichtend.

(5) Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Leistungserbringers müssen mindestens 16 Stunden an einem Erfahrungsaustausch (z.B. Qualitätszirkel, Teambesprechung, Fallbesprechung) unter soziotherapeutisch tätigen Berufskollegen absolvieren.

(6) Die Ableistung der geforderten Qualitätssicherungsmaßnahmen ist durch die Vorlage der Teilnahmebescheinigungen nachzuweisen.

§ 20
Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen

(1) Wird von der Krankenkasse die Notwendigkeit einer Qualitätsprüfung als gegeben angesehen ist sie berechtigt, die Qualität der soziotherapeutischen Leistungserbringung durch den MDK überprüfen zu lassen.

(2) Grundlage der Prüfung sind insbesondere

- Die Leistungsdokumentation nach § 16
- Die Qualifikationsnachweise der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Nachweise über interne Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 19
- Kostenübernahmeerklärungen, Leistungsnachweise

(3) Diese Unterlagen sind 3 Jahre aufzubewahren, sofern nicht aufgrund gesetzlicher oder tarifvertraglicher Regelungen längere Fristen gelten.

V. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung

§ 21
Wirtschaftlichkeit

(1) Die Leistungen der Leistungserbringer für Soziotherapie sind im Rahmen des Notwendigen insgesamt ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Versicherte nicht beanspruchen, Krankenkassen nicht bewilligen und die Leistungserbringer für Soziotherapie nicht zu Lasten der Krankenkassen erbringen; eine orts- und bürgernahe Versorgung soll gewährleistet werden.

(2) Sind die verordneten Leistungen zur Soziotherapie im Hinblick auf das Behandlungsziel nicht mehr notwendig oder nicht mehr wirksam (Ergebnisqualität), sind der Verordner sowie die zuständige Krankenkasse umgehend zu informieren.

VI. Grundsätze der Vergütung und Rechnungslegung

§ 22
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 gültigen Fassung.

(2) Die Rechnungen über die ausgeführten Leistungen sind nach Abschluss der soziotherapeutischen Behandlung bei der leistungspflichtigen Krankenkasse einzureichen. Dabei sind der Verordnung der soziotherapeutische Betreuungsplan und die Dokumentation und der Leistungsnachweis (im Original) beizufügen. Abgerechnet werden dürfen nur genehmigte, tatsächlich erbrachte und dokumentierte Leistungen. Zwischenabrechnungen sind nach Ablauf eines Quartals möglich.

(3) Die Bezahlung der Rechnung erfolgt innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der vollständigen Unterlagen 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 hat er die örtlich zuständige leistungspflichtige Krankenkasse unverzüglich schriftlich zu informieren. Der örtlichen zuständigen leistungspflichtigen Krankenkasse ist der Beginn und das Ende der Abrechnung und der Name der beauftragten Abrechnungsstelle mitzuteilen. Es ist eine Erklärung des Leistungserbringers beizufügen, dass die Zahlungen der leistungspflichtigen Krankenkasse an die beauftrage Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgt. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, das mit dem der örtlich zuständigen Krankenasse mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten der der leistungspflichtigen Krankenkasse gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht.

(6) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Absatz 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. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der örtlich zuständigen leistungspflichtigen Krankenkasse vorzulegen.

§ 23
Vergütung

(1) Die Vergütung der erbrachten Leistungen erfolgt nach der Vergütungsvereinbarung gemäß Anlage 4 zu diesem Rahmenvertrag.

VII. Inkrafttreten und Schlussvorschriften

§ 24
Vertragsverstöße

(1) Beachtet ein Leistungserbringer seine gesetzlichen und vertraglichen Pflichten nicht oder handelt er entgegen den sich aus dem Gesetz und diesem Vertrag ergebenden Bestimmungen, kann von ihm im Bedarfsfalle Abhilfe bzw. Unterlassung verlangt werden. Schadensersatzansprüche bleiben hiervon unberührt.

(2) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann die Vereinbarung ihm gegenüber mit sofortiger Wirkung außerordentlich gekündigt werden. Vor einer außerordentlichen Kündigung ist der Leistungserbringer schriftlich anzuhören; §§ 24, 25 SGB X finden Anwendung.

(3) Als schwerwiegende Verstöße gemäß Absatz 2 gelten insbesondere:

- wenn der Patient infolge der grobfahrlässigen oder vorsätzlichen Pflichtverletzung gesundheitliche Schäden erleidet bzw. eine konkrete gesundheitliche Schädigung droht

oder

- wenn verordnete Leistungen nicht erbracht und gegenüber der Krankenkasse abgerechnet werden

oder

- bei der Forderung bzw. Annahme von Zuzahlungen durch Versicherte

§ 25
Kündigung des Rahmenvertrages

(1) Der Rahmenvertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Bis zum Abschluss eines neuen Rahmenvertrages gelten die Bestimmungen dieses Rahmenvertrages unverändert weiter.

(2) Der Vertrag kann von den beigetretenen Vertragspartnern gem. § 1 Abs. 2 ebenfalls mit sechswöchiger Frist zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden (ordentliche Kündigung).

(3) Die Kündigung gegenüber einem Vertragspartner bzw. durch einen Vertragspartner berührt die Weitergeltung des Vertrages für die übrigen Vertragspartner nicht.

(4) Die Kündigung bedarf der Schriftform.

(5) Sofern die Anlagen zu diesem Vertrag gesondert kündbar sind, gelten für diese die dort genannten Fristen.

§ 26
Regelung zum Schiedsverfahren

Im Fall der Nichteinigung zum Vertragsinhalt erfolgt das Schiedsverfahren gemäß 132 b Absatz 2 SGB V. Dies betrifft auch die Vergütungsvereinbarung.

§ 27
Salvatorische Klausel

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

§ 28
Inkrafttreten

Dieser Rahmenvertrag tritt am 01.06.2018 in Kraft und ersetzt den Rahmenvertrag vom 01.12.2002.

Eisenberg, Mainz, Saarbrücken 07.05.2018

LIGA der Freien Wohlfahrtspflege in Rheinland-Pfalz

Hans-Jürgen Eberhardt
LIGA-Vorsitzender
bevollmächtigt durch rechtskräftige Erklärung
der Mitgliedsverbände

- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Rheinland e. V.
- Caritasverband für die Diözese Limburg e.V.
- Caritasverband für die Diözese Mainz e.V.
- Caritasverband für die Diözese Trier e.V.
- Diakonisches Werk der ev. Kirche im Rheinland e.V.
- Diakonisches Werk der ev. Kirche der Pfalz
- Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Rheinland-Pfalz e.V.
- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Pfalz e. V.
- Caritasverband für die Erzdiözese Köln
- Caritasverband für die Diözese Speyer e.V.
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Rheinland-Pfalz-Saarland e.V.
- Diakonie Hessen-Diakonisches Werk in Hessen und Nassau und Kurhessen Waldeck e.V.

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Die Gesundheitskasse, Eisenberg

BKK Landesverband Mitte, Hannover

Knappschaft Regionaldirektion
Saarbrücken

IKK Südwest, Saarbrücken

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau (SVLFG),
Kassel

11. Juni 2018

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

Anlagen

1. Muster der Beitrittserklärung
2. Erläuterung zu § 12 – Soziotherapeutische Leistungserbringer
3. Mustererklärung zur Erbringung von Leistungskomplexen
4. Vergütungsvereinbarung
5. Muster der soziotherapeutischen Dokumentation
6. Nachzuweisende Kenntnisse und Erfahrungen
7. Anschriften der Krankenkassen bzw. Landesverbände
8. Liste der soziotherapeutischen Leistungserbringer

Anlage 1

Beitrittserklärung

Als Träger einer Einrichtung / Dienst gem. § 12 des Rahmenvertrages erklären wir hiermit unseren Beitritt zum o.g. Rahmenvertrag und verpflichten uns, zu den Bedingungen des Rahmenvertrages einschließlich dessen Anlagen in der jeweils gültigen Fassung tätig zu werden.

Name des Trägers:

.....

Name der Einrichtung / en oder des/ der Dienste/s (mit IK-Nr):

.....

.....

.....

.....

Adresse des Trägers:

.....

.....

.....

Ort, Datum (rechtsverbindliche Unterschrift des Trägers)

Anlage 2

Erläuterung zu § 12 (Soziotherapeutischer Leistungserbringer)

Die Einbindung der Soziotherapie in den Gemeindepsychiatrischen Verbund hat für die Vertragspartner zentralen Stellenwert. Als soziotherapeutische Leistungserbringer sollen somit nicht Einzelpersonen, sondern Träger mit ihren Einrichtungen und Diensten fungieren, die in der gemeindepsychiatrischen Versorgung bereits tätig sind und über entsprechende Erfahrung und Praxis verfügen.

Auf der Grundlage einer personenorientierten Betrachtungsweise wurde auf die reine Aufzählung von Einrichtungstypen zugunsten der Nennung von fünf Leistungskomplexen verzichtet.

Voraussetzung der Erbringung von Soziotherapie ist demnach, dass mindestens drei der fünf Leistungskomplexe (s. Konzeption, Leistungsbeschreibung, Leistungsdokumentation) durch den gemeindepsychiatrischen Träger, der den Antrag stellt, erbracht werden. Träger und deren Einrichtungen, die weniger als drei Leistungskomplexe erbringen, können mit anderen Anbietern entsprechende Kooperationsvereinbarungen abschließen, um die notwendige Zahl zu erreichen.

Sofern der Träger mit einer oder mehreren Einrichtungen Hilfen nach §§ 53,54 SGB XII erbringt, werden die Leistungskomplexe durch die Regelungen der Umsetzung des § 79 Abs.2 SGB XII zukünftig für jede einzelne Einrichtung durch die einrichtungsspezifische Leistungsvereinbarung transparent und überprüfbar gemacht.

Bis dahin reichen die Träger für ihre Einrichtungen mit der Antragstellung bei den Kassen eine Erklärung (Anlage 3) ein, in der sie verbindliche Aussagen über ihr Leistungsspektrum abgeben.

Die Leistungskomplexe werden folgendermaßen charakterisiert:

1.) **Ambulante sozialpsychiatrische Grundversorgung**
Dieser Leistungsbereich umfasst das gesamte Spektrum klientenbezogener Leistungen aller in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen unter Ausschluss der in den anderen Komplexen beschriebenen Leistungsbereiche. Zuzuordnen sind auch Tätigkeiten, die sich auf das Umfeld eines Klienten beziehen.
Diese Leistungen werden im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) von Institutsambulanzen und von Anbietern ambulanter Eingliederungshilfe erbracht.

2.) **Sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung (Bereiche Wohnen, Wirtschaften, Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Hilfen)**

3.) **Sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung, zur Kontaktgestaltung und zur Teilnahme am öffentlichen Leben.**

Zu 2.) und 3.) werden Leistungen dann zugeordnet wenn sie regelmäßig (mindestens einmal wöchentlich) einzeln oder in der Gruppe eines systematischen Trainings zur Besserung von Fähigkeitsstörungen und/oder zur Unterstützung der Eingliederung in den jeweiligen Lebensbereichen erbracht werden.

Die Leistungskomplexe 2.) und 3.) werden vorwiegend in Wohnheimen, im Betreuten Wohnen und in Tagesstätten erbracht.

4.) **Sozialpsychiatrische Leistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung**

Dieser Leistungsbereich umfasst das gesamte Spektrum von funktionaler Beschäftigungstherapie über Arbeitstherapie, Arbeitserprobung und Arbeitstraining bis hin zu Leistungen der Eingliederung in das Arbeitsleben, der Arbeitsplatzerhaltung, auch an beschützten Arbeits- und Zuverdienstplätzen, und schließen Maßnahmen zur Berufsfindung und – förderung ein.

Die Leistungen werden erbracht in Werkstätten für behinderte Menschen, in Wohnheimen, in Tagesstätten, in Projekten der beruflichen Eingliederung, in Integrationsbetrieben und Integrationsfachdiensten, in Berufsbildungs- und –Förderwerken.

5.) **Sozialpsychiatrische Leistungen zur Planung, Koordinierung und Abstimmung der Hilfen**

Dieser Leistungsbereich umfasst die Leistungen zur Planung, Koordination und Abstimmung der Behandlung und Eingliederungshilfe sowie anderer medizinischer und sozialer Hilfen durch eine Bezugsperson, die sowohl persönlich begleitend als auch prozessbegleitend in der Vermittlung zwischen den Professionellen tätig ist.

Der Leistungskomplex wird erbracht in Wohnheimen, in Tagesstätten, im Betreuten Wohnen, in der sonstigen ambulanten psychiatrischen Eingliederungshilfe und in Institutsambulanzen.

Anlage 3

Mustererklärung zu Erbringung von Leistungskomplexen

Unser Träger.....

.....

Erbringt im Rahmen ihrer gemeindepsychiatrischen Arbeit auf der Grundlage der/des

- ☐ §§ 53, 54 SGB XII
- ☐ § 118 SGB V
- ☐ VV zum Betreuten Wohnen in RLP
- ☐ SGB IX

In seiner/n Einrichtungen.....

.....

.....

In der Stadt.....

Im Kreis.....

- ☐ Alleine
- ☐ In Kooperation mit .....

Folgende Leistungskomplexe

- ☐ Ambulante sozialpsychiatrische Grundversorgung
- ☐ Sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung
- ☐ Sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung, zur Kontaktgestaltung und zur Teilnahme am öffentlichen Leben
- ☐ Sozialpsychiatrische Leistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung
- ☐ Sozialpsychiatrische Leistungen zur Planung, Koordinierung und Abstimmung der Hilfen

.....

Ort, Datum, Rechtsverbindliche Unterschrift des Trägers

Anlage 5

Soziotherapeutische Dokumentation (Muster)

Name des Soziotherapeuten:..... IK:.....

Zeitraum von:..... bis:.....

Name der Krankenkasse:..... Patient:.....
Name:.....

IK der Krankenkasse:..... KV-Nr./Gebdatum:.....

1. Koordinierung von verordneten Leistungen

Ort,Datum	Verordnete Leistung	Terminvereinbarung mit Leistungserbringer	Anmerkung zur Durchführung,Probleme	Handz.

2. Zusammenarbeit mit verordnendem Arzt und sonstigen Leistungserbringern

Ort,Datum	Besprechung und Zusammenführung von Behandlungsverlauf und -fortschritten	Handz.

3. Soziotherapeutische Maßnahmen (z.b. Motivierung,Anleitung und Unterstützung des Patienten)

Ort,Datum	Dauer von-bis	Ziel der Maßnahmen	Inhalt der Maßnahme	Behandlungsverlauf und Entwicklung des Patienten ((Teil-)Zielerreichung)	Handz.

Ich bestätige die oben vom Sozialtherapeutischen Dienst unter Punkt 3 gekennzeichneten Maßnahmen erhalten zu haben.

Datum Unterschrift
Patient/Bevollmächtigter

Die oben beschriebenen Tätigkeiten (Punkt 1-3) wurden in vollem Umfang erbracht

Datum
Ltd. Fachkraft des LE

Anlage 6 zum Rahmenvertrag gem. § 132b SGB V über die einheitliche Versorgung mit Leistungen der Soziotherapie gem. § 37a SGB V in Rheinland-Pfalz vom 07.05.2018

I. Nachzuweisende Kenntnisse und Erfahrungen

(1) Die Versorgung mit Soziotherapie erfordert von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein hohes Maß spezifischer Kenntnisse. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben aufgrund der Unterschiedlichkeit der Studiengänge/Berufsausbildungen ihre berufliche Qualifikation detailliert nachzuweisen.

(2) Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen zur Prüfung des Antrags auf Zulassung zur Soziotherapie folgende Kenntnisse und Erfahrungen nachweisen:

- Kenntnisse der psychiatrischen Erkrankungen (Krankheitsbilder, Verlauf, Behandlungsmethoden)
- Kenntnisse und praktische Erfahrungen mit schwer psychisch erkrankten Menschen, insbesondere im Hinblick auf deren Verhaltensweisen und Krisenfrühwarnzeichen
- Kenntnisse und Erfahrungen mit 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 Menschen mit psychischen Erkrankungen

(3) Den Krankenkassen sind bei der Überprüfung der Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung behilflich.

II. Nachweise, die die geforderten Kenntnisse, Erfahrungen und Qualifikationen belegen

(1) Für einen Vertrag sind die in § 14 des Rahmenvertrages genannten Kenntnisse und Erfahrungen und die Qualifikationen in schriftlicher Form zu belegen bzw. nachzuweisen.

(2) Die Ausbildung bzw. Weiterbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist durch eine Kopie der jeweiligen Urkunde zum Führen der Berufsbezeichnung nachzuweisen.

(3) Bei Fachkrankenpflegekräften für Psychiatrie ist zusätzlich der Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an der Fachweiterbildung für Psychiatrie zu erbringen.

(4) Die berufspraktische Erfahrungszeit gemäß § 14 Absatz 2 des Rahmenvertrages ist durch Arbeitsbescheinigungen oder Zeugnisse über Art, Inhalt und Zeitraum der jeweiligen Tätigkeiten sowie Angaben über die jeweiligen Arbeitsstätten (Einrichtungen) nachzuweisen.

(5) Tätigkeitsnachweise für die Zeit nach Abschluss der Hochschulausbildung / Berufsausbildung.

(6) Andere Träger, die nicht der LIGA Rheinland-Pfalz angehören, müssen ein erweitertes Führungszeugnis gemäß § 30 BZRG zur Prüfung der Voraussetzungen einreichen.

III. Geeignete Einrichtungen

Als geeignet für die Ableistung der berufspraktischen Erfahrungszeit sind insbesondere anzusehen:

- Praxen von Fachärzten für Psychiatrie oder Nervenheilkunde mit psychiatrischem Schwerpunkt
- Psychiatrische Institutsambulanzen gemäß § 118 SGB V
- Allgemein-psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung oder allgemein-psychiatrische Abteilungen in Krankenhäusern mit regionaler Versorgungverpflichtung
- Sozialpsychiatrische Dienste (SPD)
- Rehabilitationseinrichtungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen (RPK)
- Tagesstätten für psychisch Kranke und Behinderte
- Wohneinrichtungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Betreutes Wohnen

- Anbieter der Soziotherapie nach § 37a SGB V mit einem Vertrag nach § 132b SGB V

- Werkstätten, Beratungsstellen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, Fachdienste zur Teilhabe am Arbeitsleben,

- Fachdienste zur ambulanten Eingliederungshilfe

IV. Einbindung in ein gemeindepsychiatrisches Verbundsystem

(1) Der Leistungserbringer für Soziotherapie muss in ein gemeindepsychiatrisches Verbundsystem oder vergleichbare Versorgungsstrukturen eingebunden sein.

(2) Dieser Nachweis kann durch eine Erklärung oder einen Vertrag über die Einbindung in das gemeindepsychiatrische Verbundsystem erfolgen.

Anlage 7 zum Rahmenvertrag gem. § 132b SGB V über die einheitliche Versorgung mit Leistungen der Soziotherapie gem. § 37a SGB V in Rheinland-Pfalz vom 01.01.2018

Bei einem Antrag auf Zulassung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Leistungserbringung für die Soziotherapie sind die Unterlagen bei folgenden Krankenkassen beziehungsweise Landesverbänden in Rheinland-Pfalz einzureichen:

Krankenkasse bzw. Landesverband	**Anschrift**
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland Die Gesundheitskasse Fachbereich Pflege und Demografie Virchowstraße 30 67304 Eisenberg
BKK Landesverband Mitte	BKK-Landesverband Mitte Rheinland-Pfalz Referat Pflege Wallstr. 88 55122 Mainz
IKK Südwest	IKK Südwest Referat VV4 Isaac-Fulda-Allee 7 55124 Mainz
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)	Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Rheinland-Pfalz Referat Pflege Wilhelm-Römheld-Str. 22 55130 Mainz