

Versorgungsvertrag
nach § 132 b Sozialgesetzbuch V
zwischen dem

folgenden Leistungserbringer:

einerseits

und

den nachfolgend benannten Krankenkassen:

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Krankenkassen e. V. (vdek),

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Saarland

andererseits

über die Abgabe, die Vergütung und die Abrechnung der Leistungen der
Soziotherapie gem. § 37 a SGB V.

INHALTSVERZEICHNIS

Kapitel I: Allgemeine Grundsätze.....	3
§ 1 Gegenstand des Vertrages.....	3
§ 2 Anspruchsberechtigter Personenkreis.....	3
§ 3 Verordnung und Genehmigung von Soziotherapie	4
§ 4 Zuzahlungen.....	6
§ 5 Leistungsinhalt	6
§ 6 Soziotherapeutischer Betreuungsplan	6
§ 7 Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus	7
§ 8 Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem Verordner.....	7
§ 9 Datenschutz	8
§ 10 Vertragsverstöße	9
Kapitel II: Abrechnungsverfahren	10
§ 11 Institutionskennzeichen.....	10
§ 12a Rechnungslegung mit DTA.....	10
§ 12b Rechnungslegung außerhalb von DTA.....	12
§ 13 Abrechnungsverfahren	13
Kapitel III: Organisatorische Anforderungen und Qualitätssicherung.....	14
§ 14 Räumliche Mindestvoraussetzungen	14
§ 15 Soziotherapeutische Dokumentation	14
§ 16 Organisatorische Voraussetzungen	14
§ 17 Fachliche Anforderungen.....	15
§ 18 Qualitätssicherung.....	17
§ 19 Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen	17
§ 20 Wirtschaftlichkeit.....	17
§ 21 Vergütung	18
Kapitel IV: Abschließende Regelungen.....	19
§ 22 Ablösevereinbarung.....	19
§ 23 Kündigung	19
§ 24 Kündigung der Vergütungsvereinbarung.....	19
§ 25 Einstellung des Betriebes.....	19
§ 26 Salvatorische Klausel.....	20
§ 27 Inkrafttreten	20

KAPITEL I: ALLGEMEINE GRUNDSÄTZE

§ 1 Gegenstand des Vertrages

1. Der Leistungserbringer übernimmt die Versorgung der Versicherten der Krankenkassen mit Soziotherapie gemäß § 37 a SGB V.
2. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 in Verbindung mit § 37 a Abs. 2 SGB V (nachfolgend Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL genannt) in der jeweils gültigen Fassung sind Bestandteil dieses Vertrages.
3. Es ist eine fachlich kompetente und bedarfsgerechte Soziotherapie nach dem allgemein anerkannten Stand der psychosozialen Erkenntnisse zu wirtschaftlich vertretbaren Bedingungen zu gewährleisten.
4. Die Maßnahmen finden überwiegend im sozialen Umfeld des Versicherten statt.
5. Der Vertrag gilt ausschließlich für den im Rubrum genannten Leistungserbringer. Werden vom Leistungserbringer neben dem Betriebssitz noch sogenannte Filialen oder Zweigstellen betrieben, ist für diese ein gesonderter Vertrag erforderlich.

§ 2 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. Der Anspruch des Versicherten besteht nicht, sofern der Versicherte bereits Leistungen einer Psychiatrischen Institutsambulanz erhält. Die Krankenkasse kann hiervon abweichend Leistungen der ambulanten Soziotherapie neben anderen Leistungen einer Psychiatrischen Institutsambulanz genehmigen, wenn dies aus besonderen Gründen erforderlich ist und bei Antragsstellung begründet wurde.
2. Der Soziotherapie bedürfen Versicherte nach § 2 Abs. 2 Satz 2 der Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL, bei denen durch schwere psychische Erkrankung hervorgerufene Beeinträchtigungen der Aktivitäten dazu führen,

dass sie in ihren Fähigkeiten zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen erheblich beeinträchtigt sind.

3. Für denselben Zeitraum ist die Verordnung von Maßnahmen der Soziotherapie neben inhaltlich gleichen Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ausgeschlossen. Die Verordnung von Maßnahmen der Soziotherapie neben den Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist für denselben Zeitraum möglich, wenn sich diese Leistungen aufgrund ihrer spezifischen Zielsetzung ergänzen (vgl. hierzu Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses). Sowohl im soziotherapeutischen Betreuungsplan als auch im Behandlungsplan der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist die Notwendigkeit, die Dauer sowie die Angrenzung der Leistungen zueinander darzulegen.

§ 3 Verordnung und Genehmigung von Soziotherapie

1. Soziotherapie darf nur von Berufsgruppen verordnet werden, die gemäß der Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL in der jeweils gültigen Fassung hierzu entsprechend befugt sind, im Folgenden Verordner genannt.
2. Gemäß § 9 der Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL bedarf jede Verordnung von Soziotherapie der Genehmigung durch die Krankenkasse des Versicherten. Ausgenommen hiervon sind die Verordnungen gem. § 4 Abs. 5 und 6 sowie § 5 Abs. 2 der Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL. Die Krankenkassen können im Rahmen des Genehmigungsverfahrens mit der Prüfung der verordneten Maßnahmen der Soziotherapie den Medizinischen Dienst der Krankenkassen beauftragen. Falls erforderlich, sind dem Medizinischen Dienst vom soziotherapeutischen Leistungserbringer ergänzende Angaben zum Betreuungsplan gemäß § 6 Absatz 2 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. Leistungen der Soziotherapie werden von der Krankenkasse nur genehmigt, wenn eine ordnungsgemäß ausgefüllte Verordnung gemäß Muster 26 vorliegt. Grundlage hierfür sind die in der Soziotherapie-Richtlinie ST-RV beschriebenen Bestimmungen. Beizufügen ist der soziotherapeutische Betreuungsplan gemäß Muster 27, der vom Verordner, Versicherten bzw. seinem gesetzlichen Vertreter wie auch vom Leistungserbringer unterschrieben ist. Kann die Unterschrift durch den Versicherten bzw. seinem gesetzlichen Vertreter nicht erbracht werden, bleibt das Unterschriftsfeld auf dem Betreuungsplan frei. Der Leistungserbringer gibt dort oder auf einer

Anlage zu dem soziotherapeutischen Betreuungsplan die Gründe hierfür an. Änderungen oder Ergänzungen der Verordnungen bedürfen der Unterschrift des Verordners. Art, Umfang und Dauer der vom Leistungserbringer zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus der Genehmigung der jeweiligen Krankenkasse. Die Grundlagen hierfür bilden die Verordnung und der erstellte Betreuungsplan.

4. Ist der Versicherte nicht in der Lage, einen Verordnungsberechtigten selbständig in Anspruch zu nehmen, kann der überweisende Arzt einen soziotherapeutischen Leistungserbringer per Verordnung hinzuziehen. Diese Verordnung erfolgt gemäß Muster 28 und umfasst maximal fünf Therapieeinheiten. Diese werden auf das Gesamtkontingent der Soziotherapie angerechnet, wenn es zur Verordnung von Soziotherapie gem. § 37a SGB V kommt. Ziel dieser Verordnung ist die Motivierung des Patienten, die Überweisung wahrzunehmen.
5. 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 weitere Gewährung von Soziotherapie in Betracht, auch wenn dem Therapieverlauf unverändert dieselbe Krankheitsursache zugrunde liegt. Eine Soziotherapieeinheit umfasst 60 Minuten. Die Therapieeinheiten können in kleinere Zeiteinheiten maßnahmenbezogen aufgeteilt werden. Dies ist in der soziotherapeutischen Dokumentation (Zeitaufwand) entsprechend zu vermerken.
6. Kann die Durchführung der verordneten Leistungen nicht mehr gewährleistet oder das Behandlungsziel nicht mehr erreicht werden, informiert der Leistungserbringer – unabhängig von den, dem Verordner obliegenden Verpflichtungen auf Grundlage der Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL – die zuständige Krankenkasse und den Verordner unverzüglich. Entsprechendes gilt bei vorzeitigem Erreichen der Therapieziele.
7. Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die verordneten und erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132 b SGB V lt. Anlage 1 wenn die Verordnung zusammen mit dem soziotherapeutischen Betreuungsplan spätestens am

dritten – der Ausstellung folgenden – Arbeitstag der zuständigen Krankenkasse vorliegt.

§ 4 Zuzahlungen

Soziotherapie wird von den Krankenkassen als Sachleistung zur Verfügung gestellt. Jegliche Zahlungen vom Versicherten im Rahmen der Vertragsleistungen dürfen vom Leistungserbringer weder gefordert noch angenommen werden. Verstöße berechtigen die Krankenkassen zur fristlosen Vertragskündigung (s. § 23 Absatz 3 dieses Vertrages).

§ 5 Leistungsinhalt

1. Folgende Leistungen sind nach § 37 a Abs. 2 SGB V in Verbindung mit der Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL in jedem Fall zu erbringen:
 - Erstellung des soziotherapeutischen Behandlungsplans
 - Koordination von Behandlungsmaßnahmen und Leistungen
 - Arbeit im sozialen Umfeld
 - Soziotherapeutische Dokumentation (gemäß § 15 dieses Vertrages).

2. Folgende Leistungen können nach § 37a Abs. 2 SGB V mit der Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL ggf. aufgrund der Struktur der spezifischen Patientenprobleme erbracht werden:
 - Motivations- (Antriebs-) relevantes Training
 - Training zur handlungsrelevanten Willensbildung
 - Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung
 - Hilfe in Krisensituationen.

§ 6 Soziotherapeutischer Behandlungsplan

1. Der soziotherapeutische Behandlungsplan ist das Ergebnis eines Abstimmungsgesprächs zwischen Verordner, soziotherapeutischem Leistungserbringer und Patient.

2. Im soziotherapeutischen Behandlungsplan müssen enthalten sein:
Benennung der in den vergangenen 6 Monaten in Anspruch genommenen stationären und ambulanten psychiatrischen Hilfen. Ferner auch die von einer Psychiatrischen Institutsambulanz erbrachten Leistungen
 - Anamnese,
 - Diagnose,

- aktueller Befund mit Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen des Patienten und Schweregrad gemäß Global Assessment of Functioning Scale (GAF),
- plausible Darstellung der angestrebten Therapieziele und der hierfür erforderlichen Teilschritte (Nahziel und Fernziel),
- die zur Erreichung der Therapieziele vorgesehenen therapeutischen Maßnahmen,
- die zeitliche Strukturierung der therapeutischen Maßnahmen,
- Prognose

§ 7 Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus

1. Informiert ein Krankenhaus den Verordner gem. § 4 Abs. 1 bis 3 der Soziotherapie-Richtlinie/ ST-RL über die Möglichkeit eine Versicherte oder einen Versicherten vorzeitig zu entlassen, ist ggf. unter Hinzuziehung eines soziotherapeutischen Leistungserbringers zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Verordnung von Soziotherapie erfüllt sind.

2. 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 der Patientin oder dem Patienten, um eine frühestmögliche Entlassung zu erreichen und in Absprache mit dem Verordner die Wiederaufnahme und Weiterführung der Soziotherapie sicherzustellen.

§ 8 Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem Verordner

1. Zur Sicherstellung der Leistungserbringung wirkt der Leistungserbringer mit dem Verordner und der jeweiligen Krankenkasse eng zusammen.

2. Der Leistungserbringer, der Verordner und der Patient stimmen sich entsprechend der Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL in der jeweils aktuellen Fassung in regelmäßigen Zeitabständen ab, mindestens jeden zweiten Monat obligat vor und nach den fünf Probestunden sowie vor jeder Folgeverordnung, um die soziotherapeutischen Leistungen unter Berücksichtigung des Therapieverlaufs hinsichtlich der Therapiefähigkeit anzupassen.

§ 9 Datenschutz

1. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) einzuhalten. Für kirchliche Einrichtungen gelten die Regelungen des kirchlichen Datenschutzrechts, sofern sie mit der EU-DSGVO in Einklang stehen (Art. 91 I EU-DSGVO).
2. 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.
3. 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.
4. Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche 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.
5. 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.

§ 10 Vertragsverstöße

1. Bei Verstoß gegen Vertragspflichten können die Krankenkassen
 - eine Verwarnung oder
 - Abmahnung aussprechen.

2. Wenn der Vertragspartner seine gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem Patienten oder deren Kostenträgern derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten an dem Vertrag nicht zumutbar ist, kann der Vertrag fristlos gekündigt werden (s. § 23 Absatz 3 dieses Vertrages). Dies gilt insbesondere:
 - wenn der Versicherte infolge der Pflichtverletzung an Leib und Leben zu Schaden kommt oder in seinen Vermögenswerten Rechten verletzt wird,
 - bei Manipulationen jeder Art
 - bei Berechnung nicht erbrachter, nicht ordnungsgemäß erbrachter bzw. nicht qualifizierter Leistungserbringung
 - bei der Forderung oder Annahme von Zuzahlungen vom Versicherten zu den Vertragsleistungen (§ 5) oder
 - wiederholter oder schwerer Verstoß gegen Datenschutzbestimmungen (§ 9).

3. Schadenersatzansprüche bleiben davon unberührt.

KAPITEL II: ABRECHNUNGSVERFAHREN

§ 11 Institutionskennzeichen

1. Jeder Leistungserbringer verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionen-kennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit den Krankenkassen verwendet. Für jede Filiale, Zweigstelle etc. ist ein gesondertes IK zu führen (vgl. § 1 Abs. 5).
2. Das IK ist in jeder Abrechnung anzugeben. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Krankenkassen abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Krankenkasse unbekanntem IK.
3. Bei dem gegenüber den Krankenkassen verwendeten IK sind die bei der ARGE Institutionskennzeichen gespeicherten Angaben einschließlich der Bank- und Kontoverbindung verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die Krankenkassen. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von den Krankenkassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.

§ 12a Rechnungslegung mit DTA

1. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, die von ihnen erbrachten Leistungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern abzurechnen. Daraus ergibt sich für die Krankenkassen die Verpflichtung, die Daten maschinell anzunehmen (vgl. § 302 SGB V). Die Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung sind zu berücksichtigen.
2. Vor der erstmaligen Durchführung der elektronischen Datenübertragung im Echtverfahren ist die ordnungsgemäße Verarbeitung durch ein Erprobungs-verfahren sicherzustellen. Im Erprobungsverfahren sind der Krankenkasse neben den Testdaten die Abrechnungsunterlagen in Papierform zu über-mitteln. Nach 3-maliger erfolgreicher Durchführung des Erprobungs-verfahrens ist die maschinelle Abrechnung ins Echtverfahren zu überführen. Der Pflegedienst erhält eine Mitteilung über die erfolgreiche Beendigung des Erprobungsverfahrens. Anschließend werden die maschinellen Abrechnungen immer im Echtverfahren durchgeführt.
3. Die im Rahmen des maschinellen Abrechnungsverfahrens zu übermittelnden Daten müssen mit den Angaben in der Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V (Muster 26, Soziotherapeutischen Behandlungsplan gem. §37a SGB V (Muster 27) und dem Leistungsnachweis übereinstimmen. Neben den

maschinell oder auf Datenträgern übermittelten Daten sind den Abrechnungen die Urbelege sowie die notwendigen Begleitzettel beizufügen. Der Abrechnung ist der unterschriebene Leistungsnachweis im Sinne eines Papierbeleges beizufügen, solange die Vertragspartner nicht ein anderes – technisches – Verfahren der Darstellung und Übermittlung des Leistungsnachweises vereinbart oder eine andere Regelung getroffen haben.

4. Sofern eine Gesamtrechnung Abrechnungspositionen enthält, die fehlerhaft sind bzw. deren Abrechnung von der Krankenkasse im Rahmen der Rechnungsprüfung beanstandet wird, berechtigt dies die Krankenkasse grundsätzlich nicht, die Abrechnung der unstrittigen Abrechnungspositionen zurückzuweisen.
Bei begründeten Beanstandungen kann eine Abrechnung insgesamt zurückgewiesen werden.
Eine begründete Beanstandung liegt vor, wenn die Abrechnung überwiegend falsche Abrechnungspositionen enthält, die nicht der Genehmigung bzw. in Fällen des Absatzes 6 nicht der Verordnung entsprechen oder überwiegend Preise zur Abrechnung kommen, welche nicht vertraglich vereinbart wurden.
5. Die Krankenkassen stellen die Abrechnung von Leistungen sicher, für die im Rahmen der Regelung zur vorläufigen Kostenzusage nach § 3 Nr. 7 dieses Vertrages ein Vergütungsanspruch besteht. Hierzu wird im Schlüsselverzeichnis der Technischen Anlage eine neue Schlüsselnummer für das Feld „Genehmigungskennzeichen“ geschaffen, die in Fällen der Abrechnung der im Rahmen der vorläufigen Kostenzusage erbrachten Leistungen anzugeben ist, sofern die Krankenkasse kein individuelles Genehmigungskennzeichen vergeben hat.
Wenn Leistungen mit Hilfe dieses Schlüssels abgerechnet werden und die Krankenkasse im Rahmen ihrer Prüfung feststellt, dass die Abrechnungspositionen im Rahmen der vorläufigen Kostenzusage zu Unrecht vergütet wurden, ist sie berechtigt, die Vergütung zurückzufordern. Dies ist auch der Fall, wenn ein Abrechnungszentrum dazwischen geschaltet ist.
6. Leistungserbringer, die Dienstleister für die Abrechnung beauftragen, stellen die in diesem Zusammenhang notwendigen Unterlagen und Abrechnungsinformationen (z.B. Verträge, Leistungsnachweise, Verordnungsangaben, Genehmigungsschreiben) für eine ordnungsgemäße Abrechnung zur Verfügung. Dies gilt in gleicher Weise für die Krankenkassen und die von ihnen beauftragten Abrechnungszentren.

§ 12b Rechnungslegung außerhalb von DTA

Sofern das Datenübermittlungsverfahren aus technischen Gründen noch nicht möglich ist, gelten die bisherigen, nachfolgend wiedergegebenen Regelungen weiter.

1. Die Rechnungslegung über die ausgeführten Leistungen ist nach Abschluss der soziotherapeutischen Behandlung bei der leistungspflichtigen Krankenkasse oder der von ihr benannten Abrechnungsstellen einzureichen. Dabei sind der genehmigten Verordnung der soziotherapeutische Betreuungsplan, der Leistungsnachweis und die Dokumentation gemäß Anlage 2 (im Original) beizufügen. Abgerechnet werden dürfen nur genehmigte, tatsächlich erbrachte und dokumentierte Leistungen. Zwischenabrechnungen sind nach Ablauf eines Quartals möglich.
2. Auf jeder Rechnung ist die Krankenversicherungsnummer und das von der Vergabestelle vergebene Institutionskennzeichen (IK) anzugeben.
3. Überträgt der Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er die zuständige Krankenkasse unverzüglich schriftlich zu informieren. Der zuständigen Krankenkasse sind 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 beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgt. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der zuständigen Krankenkasse mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten der der leistungspflichtigen Krankenkasse gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht.
4. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Absatz 4 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 Krankenkasse vorzulegen.

§ 13 Abrechnungsverfahren

1. Die Krankenkasse kann die Bezahlung von Leistungen verweigern, soweit und solange die in § 12a bzw. 12b dieses Vertrages benannten Unterlagen zur Rechnungslegung nicht beigebracht sind.
2. Nach Ablauf von zwölf Monaten seit Abgabe der Leistungen kann von der Krankenkasse keine Vergütung mehr gefordert werden.
3. Die Bezahlung der Rechnung erfolgt innerhalb von 28 Kalendertagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen bei der leistungspflichtigen Krankenkasse bzw. bei der von ihr benannten Abrechnungsstelle. Bei Rechnungskürzung gilt dies auch für den unstreitigen Rechnungsbetrag. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde

KAPITEL III: ORGANISATORISCHE ANFORDERUNGEN UND QUALITÄTSSICHERUNG

§ 14 Räumliche Mindestvoraussetzungen

1. Der Leistungserbringer muss über eigene, in sich geschlossene Räumlichkeiten verfügen. Toilette und Handwaschbecken müssen vorhanden sein. Ein barrierefreier Zugang ist zu gewährleisten. Die Räumlichkeiten sind in dem Zustand zu halten, der die zweckmäßige und wirtschaftliche Abgabe der Leistungen der Soziotherapie gewährleistet. Die Einhaltung der hygienischen Anforderungen, der Unfallverhütungsvorschriften und der Bestimmungen nach dem Medizinproduktegesetz sind sicherzustellen. Der Nachweis geeigneter Räumlichkeiten ist durch Vorlage schriftlicher Verträge, Vereinbarungen oder sonstiger geeigneter Unterlagen zu erbringen.
2. Beauftragte der Krankenkassen können die Räumlichkeiten **des** Leistungserbringers nach Anmeldung während der Öffnungszeiten betreten und besichtigen.

§ 15 Soziotherapeutische Dokumentation

1. Von dem Leistungserbringer ist eine soziotherapeutische fortlaufende Dokumentation gem. § 3 Abs. 2 d der Richtlinien (siehe Anlage 2) zu führen.
2. Die soziotherapeutische Dokumentation muss vor dem Zugriff von Unberechtigten geschützt werden.
3. Für die Dokumentation gilt die gesetzliche Aufbewahrungsfrist.

§ 16 Organisatorische Voraussetzungen

1. Der Leistungserbringer hat der vdek-Landesvertretung vor Vertragsschluss schriftlich und verbindlich folgende Nachweise vorzulegen:
 - Abschluss einer ausreichenden Betriebshaftpflicht für Personen, Sach- und Vermögensschäden, die regelmäßig an die aktuelle Betriebsgröße angepasst wird
 - Vorlage einer beglaubigten Kopie des Auszugs aus dem Bundeszentralregister der Generalbundesanwaltschaft (polizeiliches Führungszeugnis; nicht älter als 3 Monate) für die Leitung
 - Angaben über die Gesellschafter des Leistungserbringers
 - bei der Rechtsform:
 - einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)

- Auszug aus dem Gesellschaftsvertrag in Kopie mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck,
 - einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)
 - Auszug aus dem notariell beurkundeten Gesellschaftsvertrag in Kopie mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck sowie
 - einen beglaubigten Auszug aus dem Handelsregister des zuständigen Amtsgerichtes,
 - eines eingetragenen Vereins (e. V.),
 - Auszug aus der Vereinssatzung in Kopie mit Angabe der Vorstandsmitglieder, Geschäftsführung, Vereinszweck sowie einen beglaubigten Auszug aus dem Vereinsregister,
 - Beglaubigte Kopien der Qualifikationsnachweise der/des Sozialtherapeuten
2. Änderungen sind der zuständigen vdek Landesvertretung unverzüglich bekannt zu geben.
 3. Die hauptberufliche Tätigkeit ist spätestens ein Jahr nach Vertragsabschluss gegenüber zuständigen vdek–Landesvertretung schriftlich zu erklären.
 4. Der Leistungserbringer hat eine Mitarbeiterdokumentation, die gültigen Arbeitsverträge sowie Nachweise über die Qualifikation, Fortbildung und Sozialversicherung der Mitarbeiter–/innen enthält, entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu führen und Personaleinsatzpläne zu erstellen.

§ 17 Fachliche Anforderungen

1. Sozialtherapie kann nur durch Personen erbracht werden, die über die Erlaubnis zur Führung einer der nachfolgenden Berufsbezeichnungen verfügen:
 - Dipl.–Sozialarbeiterinnen/–arbeiter
 - Dipl.–Sozialpädagoginnen/–pädagogen
 - Diplom–Pädagogin bzw. Diplom–Pädagoge im sozialen Bereich für Psychiatrie
 - Sozialarbeiter / Sozialpädagoge Abschluss Bachelor (B.A.) und/oder Master of Arts (M.A.)
 - Sozialarbeiterinnen/–arbeiter mit staatlicher Anerkennung
 - Gesundheitsfachpflegerinnen/Gesundheitsfachpfleger der Psychiatrie

2. Der Leistungserbringer weist für alle Personen, die Soziotherapie erbringen eine vorherige mindestens dreijährige psychiatrische Berufspraxis, davon mindestens ein Jahr in einem allgemein-psychiatrischen Krankenhaus mit regionaler Verpflichtung oder ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung, nach.
3. Der Leistungserbringer weist für alle Personen, die Soziotherapie erbringen zusätzlich Folgendes nach:
 - Kenntnisse der psychiatrischen Erkrankungen
 - Kenntnisse und praktische Erfahrungen mit schwer psychisch Kranken, insbesondere im Hinblick auf deren Verhaltensweisen und Krisenfrühwarnzeichen
 - Kenntnisse und Erfahrungen in koordinierender und begleitender Unterstützung und Gruppenarbeit
 - Kenntnisse über komplexe, aktivierende und handlungsorientierte Methoden und Verfahren
 - Kenntnisse in der Aufstellung und Umsetzung von soziotherapeutischen Betreuungsplänen
 - Kenntnisse in der Formulierung von Therapiezielen
 - Kenntnisse in der Dokumentation von Behandlungsverläufen
 - Kenntnis des gemeindepsychiatrischen Verbundsystems
 - Kenntnis des Sozialleistungssystems
 - Kenntnisse über psychische Erkrankung
 - Kenntnisse in Rechtskunde.
4. Bei Verhinderung eines Leistungserbringers durch Krankheit, Urlaub oder berufliche Fortbildung sowie bei Schwangerschaft/Mutterschaft entsprechend der Dauer des Mutterschutzes/Erziehungsurlaubes/der Elternzeit nach dem Mutterschutzgesetz/Bundeserziehungsgeldgesetz über jeweils mehr als vier Wochen wird bei Weiterführung der Praxis zur Abgabe der Leistungen der Soziotherapie eine entsprechend berufsrechtlich und eine berufspraktisch befähigte Vertretung bestellt.
5. Der Leistungserbringer für Soziotherapie muss in ein gemeinde-psychiatrisches Verbundsystem oder vergleichbare Versorgungsstrukturen eingebunden sein. Eine entsprechende Erklärung ist bei Vertragsabschluss vorzulegen.

§ 18 Qualitätssicherung

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

- Innerhalb der ersten zwei Jahre der soziotherapeutischen Tätigkeit sind mindestens 20 Doppelstunden Teilnahme an einer Balintgruppe oder einer kognitiv verhaltenstherapeutischen Gruppe (KVG) oder einer Fallsupervision erforderlich
- Besuch von jährlich vier Fortbildungsveranstaltungen, insgesamt 16 Stunden, die zur Hälfte Fortbildungsveranstaltungen zur allgemeinen Psychiatrie und zur anderen Hälfte Fortbildungsveranstaltungen zu sozialpädagogischen Themen sind
- Jährlich mindestens 16 Stunden Erfahrungsaustausch unter berufstätigen soziotherapeutischen Leistungserbringern.

§ 19 Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen

1. Im Falle eines begründeten Anlasses sind die Krankenkassen berechtigt, eine Qualitätsprüfung durch den MDK zu veranlassen.
2. Grundlage der Prüfung sind insbesondere
 - Die Leistungsdokumentation nach § 15
 - Die Qualifikationsnachweise der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach §§ 16, 17
 - Nachweise gemäß § 18
 - Kostenübernahmeerklärungen, Leistungsnachweise
3. Diese Unterlagen sind 3 Jahre aufzubewahren, sofern nicht aufgrund gesetzlicher oder tarifvertraglicher Regelungen längere Fristen gelten.

§ 20 Wirtschaftlichkeit

1. Die Leistungen der Leistungserbringer sind unter Beachtung des § 12 SGB V zu erbringen.
2. Sind die verordneten Leistungen der Soziotherapie im Hinblick auf das Behandlungsziel nicht mehr notwendig oder wirksam, sind der Verordner und die zuständige Krankenkasse umgehend zu informieren. Die Soziotherapie ist in diesen Fällen zu beenden. Entsprechendes gilt auch bei Probestunden.

§ 21 Vergütung

3. Die Höhe der Vergütung für eine Soziotherapieeinheit ergibt sich aus der Anlage 1, die Bestandteil dieses Vertrages ist.

KAPITEL IV: ABSCHLIEßENDE REGELUNGEN

§ 22 Ablösevereinbarung

Vereinbarungen zwischen den o.g. Vertragspartnern, ggf. auch einzelnen o.g. Vertragspartnern, die Regelungen zur soziotherapeutischen Versorgung enthalten, werden mit dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Vertrages vollständig abgelöst.

§ 23 Kündigung

1. Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit sechs Monaten zum Jahresende gekündigt werden (ordentliche Kündigung). Die Kündigung bedarf der Schriftform. Im Fall der Kündigung durch einen Vertragspartner gilt der Vertrag für die anderen Vertragspartner unverändert fort.
2. Bis zum Abschluss eines neuen Vertrages gilt der bisherige Vertrag fort.
3. Für den Fall eines schweren Verstoßes nach § 10 Absatz 2 hat der Verband der Ersatzkassen das Recht, den Vertrag mit sofortiger Wirkung zu kündigen (fristlose Kündigung).

§ 24 Kündigung der Vergütungsvereinbarung

1. Die Vergütungsvereinbarung (Anlage 1) kann losgelöst von dem bestehenden Vertrag mit einer sechswöchigen Frist vor Ablauf der Laufzeit gekündigt werden. Die Kündigung bedarf der Schriftform. Im Fall der Kündigung durch einen Vertragspartner gilt die Vergütungsvereinbarung für die anderen Vertragspartner unverändert fort.
2. Bis zur Einigung über die neue Anlage 1 zum Versorgungsvertrag gilt die bisherige weiter; Abschlussverhandlungen werden jeweils unverzüglich aufgenommen.

§ 25 Einstellung des Betriebes

1. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die betroffenen Ersatzkassen und die vdek-Landesvertretung vor der beabsichtigten voll-ständigen oder teilweisen Einstellung seiner Tätigkeit nach diesem Vertrag rechtzeitig, spätestens 6 Wochen vorher, schriftlich oder vorab per Telefax zu unterrichten.

2. Den Krankenkassen sind in diesem Falle Name und Versichertennummer der betroffenen Versicherten, die bei ihr versichert sind, mitzuteilen.

§ 26 Salvatorische Klausel

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

§ 27 Inkrafttreten

Dieser Vertrag tritt am ... in Kraft.

Saarbrücken, den

Für den Leistungserbringer:

Träger der Einrichtung

Für die Krankenkassen:

Verband der Krankenkassen e. V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung
Saarland

