

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

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

als Träger der Einrichtung für Sozialtherapie

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

- nachfolgend sozialtherapeutischer Leistungserbringer genannt -

und

AOK Niedersachsen. Die Gesundheitskasse*)

Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover

BKK Landesverband Mitte

Eintrachtweg 19, 30173 Hannover

IKK classic, Dresden

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

BARMER

DAK-Gesundheit

Kaufmännische Krankenkasse – KKH

Handelskrankenkasse (hkk)

HEK – Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen

- nachfolgend Verbände genannt -

*) in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes

Präambel

Im Rahmen dieses Vertrags soll Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen die selbstständige Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer sowie ärztlich oder psychotherapeutisch verordneter Leistungen auf Basis der dafür geltenden einschlägigen Sozialtherapie-Richtlinie (ST-RL) ermöglicht werden, wenn dadurch die Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht durchführbar ist.

Die vertragsschließenden Parteien stimmen daher in der Zielsetzung überein, die Versorgung im Rahmen geordneter und insbesondere qualitätsgesicherter soziotherapeutischer Expertisen bedarfsgerecht sicherzustellen.

Die Inanspruchnahme von Soziotherapie schließt die weitere Inanspruchnahme anderer Behandlungsleistungen nach dem SGB V nicht aus.

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

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist die Durchführung der ambulanten Soziotherapie gemäß § 37a SGB V.
- (2) Die Soziotherapie-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in Verbindung mit § 37a Abs. 2 SGB V sowie die Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132b SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie in der Fassung vom 06.09.2022 sind Bestandteil dieses Vertrages (siehe Anlagen 1 und 2).

§ 2 Allgemeine Anforderungen und Voraussetzungen

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

§ 3 Personelle Voraussetzungen

Seite 2 von 19

Die fachlichen Voraussetzungen erfüllen Personen der folgenden Berufsgruppen, sofern die weiteren Voraussetzungen des Vertrags sowie seiner Anlagen und der ST-RL erfüllt sind:

a) Anerkennungsfähige Berufs- und Studienabschlüsse des fachlich verantwortlichen Sozialtherapeuten

- Sozialarbeiter (Diplom, Bachelor oder Master)
- Sozialpädagogen (Diplom, Bachelor oder Master)
- Personen mit Studienabschluss mit dem Schwerpunkt „psychiatrische Versorgung“ (Diplom, Bachelor oder Master)
- Fachkrankenpflegekräfte für Psychiatrie

b) Anerkennungsfähige Berufspraxis

- Nachweis einer mindestens zweijährigen psychiatrischen Berufspraxis in Vollzeit nach Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung innerhalb der letzten 8 Jahre in einer Einrichtung der ambulanten und/oder stationären psychiatrischen Versorgung sowie der qualifizierten Assistenz (bspw. Psychiatrisches Fachkrankenhaus/ -abteilung, Tagesklinik, Psychiatrische Institutsambulanz, (geronto-) psychiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Fachangebote, Psychiatrische Häusliche Krankenpflege, Besondere Wohnformen)

Bei Teilzeittätigkeit verlängert sich die Dauer der erforderlichen Berufspraxis entsprechend (z.B. bei einem Stellenanteil von 0,5 VK auf eine erforderliche Berufspraxis von 4 Jahren).

Zeiten geringfügiger Beschäftigung im Sinne des § 8 SGB IV sind nicht berücksichtigungsfähig.

c) Weitere Mitarbeiter

Eine Beschäftigung weiterer Mitarbeiter kann erfolgen, sofern die personellen Voraussetzungen nach § 3 a) und § 3 b) erfüllt sind und eine kontinuierliche Prozessreflektion mit dem Sozialtherapeuten nach a) und b) gewährleistet ist. Die Zulassung als soziotherapeutischer Leistungserbringer ausschließlich mit weiteren Mitarbeitern nach § 3 c) ist nicht möglich.

- Examinierte Pflegefachkräfte mit einer 3-jährigen Ausbildung als Pflegefachfrau/-mann, Gesundheits- und KrankenpflegerIn, Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn oder AltenpflegerIn, die
 - eine Zusatzqualifikation von 320 Zeitstunden nachweisen können, hier 200 Zeitstunden Theorie (psychiatrische Krankheitslehre, Behandlung und Therapie, Krisenintervention, Sozialpsychiatrisches Netzwerk etc.) und 120 Stunden Praxisanteil in einer o.g. psychiatrischen Einrichtung unter fachlicher Anleitung
 - oder
 - über eine einschlägige psychiatrische Berufserfahrung von mind. 1 Jahr in den letzten 5 Jahren (mind. 19,5 Wochenstunden in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus/ -abteilung, Psychiatrische Häusliche Krankenpflege,

Seite 3 von 19

Psychiatrische Institutsambulanz, gerontopsychiatrische Fachangebote oder einer sozialpsychiatrischen Einrichtung (Ambulant betreutes Wohnen, Wohnheim u.a.)) verfügen.

Bei Teilzeittätigkeit verlängert sich hinsichtlich der Berufspraxis die o.a. Frist entsprechend.

Zeiten geringfügiger Beschäftigung im Sinne des § 8 SGB IV sind nicht berücksichtigungsfähig.

Des Weiteren stimmen die Vertragspartner überein, dass Themen der zu berücksichtigenden Weiterbildung für Pflegefachkräfte sowie der für die verschiedenen Berufsgruppen notwendigen Fachkenntnisse in Anlage 4 beschrieben sind.

§ 4

Räumliche und sachliche Mindestausstattung

Die Mindestvoraussetzungen müssen entsprechend der Anlage 2 vom Leistungserbringer nachgewiesen werden.

§ 5

Zusammenarbeit mit den verordnenden Berufsgruppen und verordnenden psychiatrischen Institutsambulanzen

- (1) Der soziotherapeutische Leistungserbringer berichtet dem Verordnenden (Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Fachärzte mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie, Vertragspsychotherapeuten, Vertragskinder- und –jugendlichenpsychotherapeuten sowie psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V oder Fachärzte und Psychotherapeuten der psychiatrischen Institutsambulanzen) unverzüglich über relevante Veränderungen im gesundheitlichen Status, insbesondere akute Krisen oder Veränderungen in der häuslichen Situation.
- (2) Wird der soziotherapeutische Leistungserbringer vom Verordnenden, der Krankenkasse oder vom Versicherten über Veränderungen der Verordnung, von der Verordnung abweichende Genehmigungen oder über neue soziotherapeutisch relevante Befunde informiert, hat der soziotherapeutische Leistungserbringer diese Information unverzüglich zu berücksichtigen.
- (3) Der soziotherapeutische Leistungserbringer stellt dem Verordnenden die soziotherapeutische Dokumentation gemäß Anlage 5 zur Verfügung.
- (4) Der soziotherapeutische Leistungserbringer stellt sicher, dass die notwendigen soziotherapeutischen Informationen auf der Grundlage der Dokumentation bei Einweisung des Versicherten in ein Krankenhaus auf Anforderung bis zum nächsten Werktag schriftlich zur Verfügung gestellt werden.
- (5) Der soziotherapeutische Leistungserbringer berücksichtigt bei der Planung und Durchführung der Soziotherapie den vom Krankenhaus bei der Entlassung des Versicherten erstellten Bericht oder Überleitungsbogen.

§ 6 Genehmigungsvorbehalt

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

- (7) Andere Vertragsärzte können Patienten zu einer der gemäß § 4 Abs. 1 bis 3 der in der Soziotherapie-Richtlinie qualifizierten Berufsgruppen oder Einrichtungen zum Zwecke der Soziotherapieverordnung überweisen, wenn
- sie den begründeten Verdacht haben, dass bei dem Versicherten eine der in § 2 Soziotherapie-Richtlinie beschriebenen Indikationen vorliegt und
 - dieser aufgrund dessen nicht in der Lage ist, ärztliche oder psychotherapeutisch sowie ärztliche oder psychotherapeutisch verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen und
 - durch die Verordnung von Soziotherapie Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann oder
 - diese geboten, aber nicht ausführbar ist.

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

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

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

§ 7

Erbringung der Soziotherapie

- (1) Soziotherapie kann nur unter Nachweis der personellen und sächlichen Voraussetzungen dieses Vertrages sowie der in Anlage 4 unter Buchstabe b) genannten Kenntnisse erbracht werden.

- (2) Die Fachkräfte dürfen nur die Leistungen erbringen, für die sie qualifiziert sind. Der soziotherapeutische Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für die sach- und fachgerechte Durchführung der Leistungen.
- (3) Die Leistungen sind sorgfältig und einwandfrei auszuführen sowie zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen.
- (4) Der soziotherapeutische Leistungserbringer übernimmt nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften die Haftung für Schäden.
- (5) Der soziotherapeutische Leistungserbringer darf die Soziotherapie nicht wegen des Umfangs, der Art und der Schwere der Erkrankung ablehnen, sofern freie Kapazitäten zur Leistungserbringung zur Verfügung stehen.
- (6) Die erbrachten Leistungen nach diesem Vertrag sind vom soziotherapeutischen Leistungserbringer auf dem Leistungsnachweis (siehe Anlage 5) täglich darzustellen und vom Versicherten zeitnah, mindestens einmal am Monatsende, durch Unterschrift zu bestätigen. In Ausnahmefällen, die zu begründen sind, genügt die Unterschrift des Verordnenden oder die des soziotherapeutischen Leistungserbringers. Vorausbestätigungen sind unzulässig.

§ 8

Verbot der Einflussnahme und Vermittlungsverbot

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

§ 9

Kooperation

- (1) Zur Sicherstellung der Vertretung bei längerer Abwesenheit des selbstständig tätigen soziotherapeutischen Leistungserbringers bzw. des fachlich verantwortlichen Soziotherapeuten nach 3 a) und b) i.V.m. der Beschäftigung weiterer Mitarbeiter nach § 3 c) , muss der soziotherapeutische Leistungserbringer Kooperationen mit anderen soziotherapeutischen Leistungserbringern eingehen. Die längere Abwesenheit betrifft für eine Dauer von bis zu sechs Monaten die Verhinderung durch Krankheit, Urlaub, Ende des Arbeitsverhältnisses oder Fortbildung sowie bei Schwangerschaft / Mutterschaft entsprechend der Dauer des Mutterschutzes/Elternzeit nach dem Mutterschutzgesetz / Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz.

Der Leistungserbringer hat die Personalien der Vertretung, dessen fachliche Qualifikation und die voraussichtliche Dauer der Vertretung den Landesverbänden der Krankenkassen mitzuteilen. Der Kooperationspartner muss einen Vertrag nach § 132b SGB V über die Versorgung mit Soziotherapie nach § 37a SGB V mit den Landesverbänden der Krankenkassen nachweisen.

Im Übrigen bedürfen Kooperationen für länger als sechs Monate der Genehmigung durch die Landesverbände der Krankenkassen und sind vom soziotherapeutischen Leistungserbringer grundsätzlich sechs Wochen im Voraus zu beantragen.

Der soziotherapeutische Leistungserbringer haftet für die Tätigkeit der Vertretung.

- (2) Abweichend davon gelten für soziotherapeutische Leistungserbringer interne Vertretungsregelungen. Die personellen Voraussetzungen nach § 3 a) und b) sind zu erfüllen.

§ 10 Leistungsbeschreibung

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

§ 11 Qualität und Qualitätssicherung

- (1) Der soziotherapeutische Leistungserbringer hat zu gewährleisten, dass das eingesetzte Personal aufgrund seiner fachlichen Qualifikation in der Lage ist, die verordneten Leistungen nach Art, Inhalt und Umfang zu erbringen. Die Leistungen nach diesem Vertrag sind kontinuierlich mit möglichst geringem Wechsel der Fachkräfte durchzuführen.
- (2) Die Durchführung von geeigneten Maßnahmen der Qualitätssicherung ist durch den soziotherapeutischen Leistungserbringer zu dokumentieren und auf Verlangen der Verbände der Krankenkassen bzw. dem MD vorzulegen.
- (3) Zur Sicherung der Qualität hat der soziotherapeutische Leistungserbringer folgende Maßnahmen zu gewährleisten, sofern diese durch einen anerkannten Leistungserbringer erbracht werden. Neben den u.g. Qualitätssicherungsmaßnahmen sind regelmäßige, mind. 1x monatlich stattfindende, Fall- und Teambesprechungen der einzelnen Mitarbeiter*innen zu gewährleisten:
- Innerhalb der ersten zwei Jahre der Tätigkeit ist eine Fallsupervision von mindestens zwei Einheiten im Quartal (insgesamt mindestens 16 Einheiten) im Gruppensetting oder mindestens einer Einheit im Quartal (insgesamt mindestens 8 Einheiten) im Einzelsetting nachzuweisen. Eine Einheit entspricht hierbei 45 Minuten. Alternativ kann auch die Teilnahme an einer Balintgruppe bzw. einer IFA-Gruppe im Umfang von mindestens zwei Einheiten im Quartal (insgesamt mindestens 16 Einheiten im 2-Jahres-Zeitraum) anerkannt werden.
 - Fortbildungsveranstaltungen: mindestens 20 Einheiten in einem 2-Jahres-Zeitraum. Die Fortbildungsveranstaltungen können soziotherapeutische, psychiatrische/psychotherapeutische und sozialpädagogische/sozialarbeiterische Themen zum Gegenstand haben. Diese Einheiten können über Teilnahme an Tagungen, Kongressen, Vorträgen, Seminaren oder anteilig über Online-Fortbildungen mit Lernerfolgskontrolle erbracht werden.
 - Zudem ist zusätzlich ein Erfahrungsaustausch in Form eines Qualitätszirkels ohne Leitung bzw. im Rahmen einer Intervision oder in Form einer Fallsupervision im Umfang von mindestens zwölf Einheiten im Jahr durchzuführen.
- (4) Zur Sicherung der Qualität selbstständig tätiger soziotherapeutischer Leistungserbringer hat dieser folgende Maßnahmen zu gewährleisten:
- Innerhalb der ersten zwei Jahre der Tätigkeit ist eine Fallsupervision von mindestens vier Einheiten im Quartal (insgesamt mindestens 32 Einheiten) im Gruppensetting oder

mindestens zwei Einheiten im Quartal (insgesamt mindestens 16 Einheiten) im Einzelsetting nachzuweisen. Eine Einheit entspricht hierbei 45 Minuten. Alternativ kann auch die Teilnahme an einer Balintgruppe bzw. einer IFA-Gruppe im Umfang von mindestens vier Einheiten im Quartal (insgesamt mindestens 32 Einheiten im 2-Jahres-Zeitraum) anerkannt werden.

- Fortbildungsveranstaltungen: mindestens 20 Einheiten in einem 2-Jahres-Zeitraum. Die Fortbildungsveranstaltungen können soziotherapeutische, psychiatrische/psychotherapeutische und sozialpädagogische/sozialarbeiterische Themen zum Gegenstand haben. Diese Einheiten können über Teilnahme an Tagungen, Kongressen, Vorträgen, Seminaren oder anteilig über Online-Fortbildungen mit Lernerfolgskontrolle erbracht werden.

Zudem ist zusätzlich ein Erfahrungsaustausch in Form eines Qualitätszirkels ohne Leitung bzw. im Rahmen einer Intervention oder in Form einer Fallsupervision im Umfang von mindestens zwölf Einheiten im Jahr durchzuführen.

§ 12

Soziotherapeutischer Betreuungsplan

- (1) Unverzichtbarer Bestandteil und Voraussetzung jeder Leistung der Soziotherapie ist der individuelle, zwischen dem Verordnenden, dem soziotherapeutischen Leistungserbringer und dem Patienten bzw. den Angehörigen und weiteren an der Versorgung Beteiligten im Vorfeld abgestimmte soziotherapeutische Betreuungsplan, der der Entwicklung des Betreuungsprozesses entsprechend aktualisiert werden muss (§ 8 Abs. 2 Soziotherapie-Richtlinie). Diese Kontrollpflicht obliegt dem soziotherapeutischen Leistungserbringer.
- (2) Im soziotherapeutischen Betreuungsplan müssen gemäß § 6 Soziotherapie-Richtlinie enthalten sein:
 - Anamnese,
 - Diagnose,
 - aktueller Befund mit Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen der Patienten und Schweregrad gemäß der Global Assessment of Functioning (GAF-Skala),
 - plausible Darstellung der angestrebten Therapieziele und der hierfür erforderlichen Teilschritte (Nah- und Fernziel),
 - die zur Erreichung der Therapieziele vorgesehenen therapeutischen Maßnahmen und deren zeitliche Strukturierung,
 - Prognose.

§ 13

Soziotherapeutische Dokumentation

- (1) Von dem soziotherapeutischen Leistungserbringer ist eine fortlaufende Dokumentation über Ort, Dauer und Inhalt der Arbeit mit und für die Patienten und deren Entwicklung zu führen. Diese Dokumentation schließt die Berichterstattung an den Verordnenden, die Krankenkasse und ggf. den MD ein. Die soziotherapeutische Dokumentation (siehe Anlage 5) ist auf Anforderung der zuständigen Krankenkasse im Original zu übermitteln.
- (2) Die soziotherapeutische Dokumentation muss vor dem Zugriff von Unberechtigten geschützt werden. Berufsgeheimnisse sind zu berücksichtigen.

- (3) Die Aufbewahrungsfrist für die beim soziotherapeutischen Leistungserbringer verbleibende Kopie der Dokumentation beträgt 6 Jahre nach Ende des Kalenderjahres der Leistungserbringung.

§ 14

Umfang sowie Art und Weise der Leistungserbringung, Neutralität

- (1) Umfang sowie Art und Weise der Leistungserbringung werden durch diesen Vertrag und seine Anlagen geregelt.

Für die Versorgung mit Leistungen der Soziotherapie gilt die ST-RL (§§ 37a und 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V). Die Erbringung von Soziotherapie erfolgt ausschließlich bedarfsgerecht und hat entsprechend der vertragsärztlichen Verordnung nach den Kriterien der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit im Sinne der §§ 12 und 70 SGB V zu erfolgen. Die Kostenträger haben die Berechtigung, die Einhaltung zu überprüfen. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Kostenträger hierbei umfassend zu unterstützen und auf Verlangen die notwendigen Unterlagen, unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen, unverzüglich zur Verfügung zu stellen.

- (2) Der Leistungserbringer darf ausschließlich nach Maßgabe einer Verordnung gemäß der ST-RL sowie grundsätzlich nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung durch den zuständigen Kostenträger Leistungen erbringen und diesem gegenüber abrechnen. Davon ausgenommen sind bis zu fünf probatorische Sitzungen gemäß § 5 Abs. 2 Satz 1 der ST-RL, die unabhängig von einer schriftlichen Genehmigung für einen Versicherten erbracht und gegenüber dem zutreffenden Kostenträger abgerechnet werden können.
- (3) Die Zuzahlung der Versicherten richtet sich nach den jeweils geltenden Bestimmungen des SGB V (§§ 37a, 61 SGB V).
- (4) Der Versicherte bzw. dessen Vertreter hat die Leistungserbringung mit Angabe des Zeitumfangs durch Unterschrift auf dem Leistungsnachweis (Anlage 5a) zu bestätigen. Der Leistungserbringer verpflichtet sich nach einem Einsatz die Unterschrift vom Versicherten oder dessen Vertreter einzuholen.
- (5) Die Leistungserbringer werden ihre Mitarbeiter in Fragen der Umsetzung dieses Vertrags und insbesondere hinsichtlich möglicher ergänzender Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 11 dieses Vertrags umfassend und im Falle von Veränderungen kontinuierlich schulen.

§ 15

Wirtschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeitsprüfungen

- (1) Die Leistungen nach diesem Vertrag sind im Rahmen des Notwendigen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Versicherte nicht beanspruchen, die Krankenkassen nicht bewilligen und der Leistungserbringer nicht zu Lasten der Krankenkassen erbringen.
- (2) Sind die verordneten Leistungen der Soziotherapie im Hinblick auf das Behandlungsziel nicht mehr notwendig oder wirksam, sind der behandelnde Vertragsarzt und die zuständige Krankenkasse unverzüglich zu informieren. In diesen Fällen entscheidet der Verordnende über den Abbruch der Soziotherapie.

- (3) Auf Anforderung der Krankenkassen hat der Leistungserbringer die Erfüllung der Absätze 1 und 2 nachzuweisen, sofern Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass ein soziotherapeutischer Leistungserbringer die Anforderungen an die wirtschaftliche Leistungserbringung nicht oder nicht mehr erfüllt.
- (4) Der soziotherapeutische Leistungserbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.
- (5) Der Leistungserbringer ist über das Ergebnis der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu informieren. Ergeben sich bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung Verstöße gegen Absätze 1 und/oder 2, so vereinbaren die Verbände der Krankenkassen mit dem Leistungserbringer geeignete Maßnahmen. Bei groben Verstößen gilt § 21.

§ 16

Abrechnung und Datenträgeraustausch (DTA)

- (1) Die Abrechnung der Leistungen der Soziotherapie erfolgt monatlich und ist bei der zuständigen Krankenkasse oder der von ihr benannten Abrechnungsstelle einzureichen.
- (2) Der Genehmigungsvermerk/ das Genehmigungskennzeichen und der vollständig ausgefüllte Leistungsnachweis gemäß § 18 sind mit der Abrechnung einzureichen.
- (3) Abgerechnet werden dürfen nur genehmigte, tatsächlich erbrachte und dokumentierte Leistungen.
- (4) Überträgt der Soziotherapeut die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er die Krankenkassen unverzüglich schriftlich zu informieren. Den Krankenkassen ist der Beginn und das Ende der Abrechnung und der Name der beauftragten Abrechnungsstelle mitzuteilen (ggf. der Vertrag vorzulegen). Es ist eine Erklärung des soziotherapeutischen Leistungserbringers beizufügen, dass die Zahlungen der Krankenkassen an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgen (siehe Anlage 8).

Der soziotherapeutische Leistungserbringer ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem den Krankenkassen mitgeteilten Ende der Abrechnung durch die beauftragte Abrechnungsstelle keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zu Gunsten der den Krankenkassen gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht. Eine weitere Ermächtigungserklärung setzt den Widerruf der zuvor erteilten Ermächtigungserklärung voraus. Zahlungen an eine Abrechnungs-/Verrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Krankenkassen, wenn die Abrechnungs-/ Verrechnungsstelle Originalabrechnungsunterlagen einreicht, es sei denn, den Krankenkassen liegt bei Eingang der Originalabrechnungsunterlagen ein schriftlicher Widerruf des Trägers des soziotherapeutischen Leistungserbringers vor. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehungen zwischen der Abrechnungs-/ Verrechnungsstelle und dem Träger des soziotherapeutischen Leistungserbringers mit einem Rechtsmangel behaftet sind. Entsteht den Krankenkassen durch die Abrechnung über die Abrechnungsstelle ein Schaden, so haften soziotherapeutischer Leistungserbringer und Abrechnungsstelle gesamtschuldnerisch.

- (5) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle übertragen werden soll, ist die mit der beauftragten Abrechnungsstelle getroffene Vereinbarung einschließlich der

Regelungen über Datenschutz und Datensicherung vorzuhalten und auf Anforderung den Krankenkassen vorzulegen.

- (6) Der soziotherapeutische Leistungserbringer ist verpflichtet, in der Abrechnung folgende Daten anzugeben bzw. Unterlagen zu liefern:
 - a. die erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und der Uhrzeit (Echtzeit) des Leistungsbeginns und des Leistungsendes
 - b. das Institutionskennzeichen gemäß § 293 SGB V
 - c. die Krankenversichertennummer des Versicherten
 - d. Genehmigungsvermerk/ -kennzeichen
 - e. den Originalleistungsnachweis nach § 18
- (7) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Abrechnung entsprechend der Richtlinie gemäß § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern einschließlich der technischen Anlage für die maschinelle Abrechnung in der jeweils gültigen Fassung zu liefern. Dazu zählt auch die Lieferung der Segmente „Tag und Uhrzeit der Leistungserbringung“ und „Verordnungsdatum“ (Nutzsegmente/ Nachrichtentyp SLLA) als Feld-Art M (Mussfeld).
- (8) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die von ihm 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).
- (9) Vor der erstmaligen Durchführung der elektronischen Datenübertragung im Echtverfahren ist die ordnungsgemäße Verarbeitung durch ein Erprobungsverfahren sicherzustellen. Im Erprobungsverfahren sind der zuständigen Krankenkasse neben den Testdaten die Abrechnungsunterlagen in Papierform zu übermitteln. Nach 3-maliger erfolgreicher Durchführung des Erprobungsverfahrens ist die maschinelle Abrechnung ins Echtverfahren zu überführen. Der soziotherapeutische Leistungserbringer erhält eine Mitteilung über die erfolgreiche Beendigung des Erprobungsverfahrens. Anschließend werden die maschinellen Abrechnungen immer im Echtverfahren durchgeführt.
- (10) Die im Rahmen des maschinellen Abrechnungsverfahrens zu übermittelnden Daten müssen mit den Angaben im Leistungsnachweis übereinstimmen. Neben den maschinell oder auf Datenträgern übermittelten Daten sind den Abrechnungen die vereinbarten 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. Die Vertragspartner streben perspektivisch an, den Leistungsnachweis als Teil des elektronischen Datenaustausches zu übermitteln.
- (11) Unterlagen, die der zuständigen Krankenkasse im Rahmen des Genehmigungsverfahrens bereits vorgelegen haben (z.B. Verordnung) bzw. die im Rahmen des Genehmigungsverfahrens von der Krankenkasse erstellt wurden (z.B. Genehmigungsschreiben der Krankenkasse) müssen bei der Abrechnung von genehmigten und erbrachten Leistungen der Krankenkasse oder ggf. einem von der Krankenkasse bestimmten externen Dienstleister nicht erneut vorgelegt werden.
- (12) Sofern eine Gesamtrechnung Abrechnungspositionen enthält, die fehlerhaft sind bzw. deren Abrechnung von der zuständigen Krankenkasse im Rahmen der Rechnungsprüfung beanstandet wird, berechtigt dies die Krankenkasse grundsätzlich nicht, die Abrechnung der unstrittigen Abrechnungspositionen zurückzuweisen.

- (13) 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 der vorläufigen Kostenzusage nach § 9 Soziotherapie-Richtlinie nicht der Verordnung entsprechen oder überwiegend Preise zur Abrechnung kommen, welche nicht vertraglich vereinbart wurden.
- (14) Soziotherapeutische 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.
- (15) Werden die Leistungen der Soziotherapie nicht entsprechend der Richtlinie nach § 302 SGB V im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, wird die Krankenkasse für die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten eine pauschale Rechnungskürzung gemäß § 303 SGB V vornehmen.
- (16) Rechnungen, die den Anforderungen nicht entsprechen, können von der Krankenkasse zur Berichtigung zurückgegeben werden.

§ 17

Zahlung, Beanstandung

- (1) Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt spätestens innerhalb von 21 Kalendertagen nach Eingang bei der zuständigen Krankenkasse oder der von ihr benannten Abrechnungsstelle. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Frist dem Geldinstitut erteilt wurde.
- (2) Abweichend von Abs. 1 verkürzt sich die Zahlungsfrist bei Übermittlung der Abrechnungen in digitalisierter Form mit Mitteln der elektronischen Datenverarbeitung auf 14 Kalendertage. Bei Abrechnung in Papierform mittels maschinenlesbarer Abrechnungsformulare verlängert sich die Frist auf 28 Kalendertage (vgl. § 7 Abs. 2 der Richtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V).
- (3) Alle Zahlungen erfolgen grundsätzlich nur bei Vorlage von Originalabrechnungsunterlagen und unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Erstreckt sich die Genehmigung einer Verordnung für Soziotherapie über mehrere Monate, ist der ersten Abrechnung für diesen Genehmigungszeitraum die Genehmigung im Original oder das Genehmigungskennzeichen der Abrechnung beizufügen.
- (4) Bei Unstimmigkeiten in der Abrechnung hat die zuständige Krankenkasse das Recht, den zu beanstandeten Betrag einzubehalten oder zurückzufordern.
- (5) Beanstandungen i. S. von Abs. 3 müssen innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden. Einsprüche gegen Beanstandungen können innerhalb von einem Monat nach Mitteilung geltend gemacht werden.
- (6) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen kann die Krankenkasse dem soziotherapeutischen Leistungserbringer die Rechnungen zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Das ursprüngliche Zahlungsziel ist in diesen Fällen ausgesetzt. Mit

Einreichen einer korrigierten Rechnung beginnt die in Abs. 1 benannte Zahlungsfrist erneut.

- (7) Forderungen aus Vertragsleistungen können von Seiten des Leistungserbringers längstens bis zum Ablauf von 6 Monaten, gerechnet vom Ende des Monats in dem sie erbracht wurden, erhoben werden.
- (8) Forderungen der Krankenkassen gegen den Träger des soziotherapeutischen Leistungserbringers können gegenüber diesem oder der Abrechnungs-/ Verrechnungsstelle unter Angabe von Art, Höhe und Grund aufgerechnet werden.
- (9) Forderungen gegenüber den Krankenkassen können ohne deren Zustimmung nicht an Dritte abgetreten werden.
- (10) Zahlungen an eine durch den Träger des soziotherapeutischen Leistungserbringers ermächtigte Abrechnungs-/ Verrechnungsstelle setzen voraus, dass den Krankenkassen eine Ermächtigungserklärung vorliegt (siehe § 16 Abs. 4).

§ 18

Leistungsnachweis

- (1) Der soziotherapeutische Leistungserbringer hat die nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen in einem Leistungsnachweis aufzuzeigen. Dieser hat folgende Mindestinhalte aufzuweisen:
 - a) Krankenversichertennummer
 - b) Name und Vorname des Patienten
 - c) Geburtsdatum des Patienten
 - d) Datum und Uhrzeit der Leistungserbringung (Einsatzbeginn und -ende), sofern diese Angaben nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt werden
 - e) Art und Menge der erbrachten Leistung im Klartext
 - f) Handzeichen des soziotherapeutischen Leistungserbringers
 - g) Datum und Unterschrift des Patienten
 - h) Institutionskennzeichen, Name und Anschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers
- (2) Alle vom soziotherapeutischen Leistungserbringer erbrachten Leistungen sind jeweils unmittelbar nach der Leistungserbringung im Leistungsnachweis von dem durchführenden Soziotherapeuten durch Handzeichen, entsprechend der bei dem soziotherapeutischen Leistungserbringer hinterlegten Handzeichenliste, einzutragen. Die Leistungserbringung ist durch den Versicherten/ Bevollmächtigten bzw. bestellten Betreuer zeitnah – nach einem Einsatz – unterschriftlich zu bestätigen.
- (3) Der Leistungsnachweis ist zwingender Bestandteil der Abrechnung (vgl. § 16 Abs. 10).
- (4) Bei EDV-gestützter Dokumentation der Leistungserbringung kann von handschriftlich erstellten Leistungsnachweisen abgesehen werden. Der Leistungsnachweis einschließlich der Bestätigung des Versicherten wird in diesen Fällen EDV-technisch

hergestellt. Die sachliche Richtigkeit wird vom Leistungserbringer auf dem Monatsausdruck, der der Rechnung beigelegt wird, durch Unterschrift bestätigt.

§ 19 Vergütung

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

§ 20 Datenschutz, Schweigepflicht

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

§ 21 Vertragsverstöße

- (1) Bei Verstoß gegen gesetzliche und vertragliche Pflichten können die vertragsschließenden Krankenkassen eine Verwarnung oder Abmahnung aussprechen, eine Vertragsstrafe in Geld in Höhe von maximal einem Zwölftel des Jahresumsatzes vor dem Vertragsverstoß verhängen oder den Vertrag kündigen.
- (2) Besteht der Verdacht eines Verstoßes gegen Pflichten aus diesem Vertrag, ist der Träger des soziotherapeutischen Leistungserbringers schriftlich anzuhören; §§ 24, 25 SGB X werden angewandt. Der soziotherapeutische Leistungserbringer ist berechtigt, seinen Verband zu beteiligen.
- (3) Als schwere Vertragsverstöße gelten insbesondere:
 - grobe Verletzungen der gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem Patienten oder den Krankenkassen, so dass ein Festhalten an einer Vertragsbeziehung nicht zumutbar ist; dies gilt insbesondere dann, wenn
 - sofern der Patient infolge der Pflichtverletzung zu Schaden kommt,
 - die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen gegenüber den Krankenkassen,

- die Forderung einer Vorquittierung für nicht erbrachte Leistungen,
 - das wiederholte Auftreten von Vertragsverstößen,
 - die gezielte Beeinflussung der Versicherten und der Verordnenden nach § 5, insbesondere hinsichtlich der Verordnung von Leistungen,
 - die Forderung bzw. Annahme von Zahlungen oder sonstiger geldwerter Vorteile von den Versicherten für Leistungen nach diesem Vertrag.
- (4) Der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden ist zu ersetzen.
- (5) Die Verbände der Krankenkassen bzw. der jeweilige Verband entscheiden über geeignete Maßnahmen. Als solche kommen in Betracht:
- a) Verwarnung,
 - b) Abmahnung,
 - c) außerordentliche Kündigung des Vertrages.

Die Entscheidung wird dem soziotherapeutischen Leistungserbringer schriftlich mitgeteilt.

§ 22 Außerordentliche Kündigung

- (1) Das Vertragsverhältnis kann von den Verbänden der Krankenkassen bzw. einem einzelnen Verband ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn der Leistungserbringer seine gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten gegenüber den Versicherten oder den Verbänden der Krankenkassen bzw. Krankenkassen derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten an diesem Vertrag nicht zumutbar ist. Eine gröbliche Pflichtverletzung in diesem Sinne liegt insbesondere vor bei:
- a) Nichterfüllung der fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen,
 - b) schweren Vertragsverstößen nach § 21,
 - c) Pflichtverletzungen, derentwegen Versicherte an Leib und Seele zu Schaden kommen oder in ihren vermögenswerten Rechten verletzt werden,
 - d) Vertragsverstößen im Wiederholungsfall,
 - e) Verstoß gegen die Mitwirkungspflicht dieses Vertrages,
 - f) Leistungserbringung durch berufsrechtlich nicht legitimierte Mitarbeiter.
- (2) Ein Recht zur außerordentlichen Kündigung besteht ferner bei Vertragsverstößen des soziotherapeutischen Leistungserbringers, die zur außerordentlichen Kündigung eines mit diesem für die Erbringung von Leistungen nach dem SGB V und XI bestehenden Vertrages berechtigen.

§ 23 Sicherstellungsverpflichtung

Der soziotherapeutische Leistungserbringer ist verpflichtet, vor Einstellung seiner Tätigkeit ohne Kündigung durch die Verbände der Krankenkassen diese rechtzeitig schriftlich zu unterrichten. Den Verbänden sind die Namen der bis zu diesem Zeitpunkt betreuten Versicherten

zur Sicherstellung der Versorgung mitzuteilen. Bei Nichtbefolgen können die Verbände Schadenersatz fordern.

§ 24 Inkrafttreten, Kündigung

- (1) Dieser Vertrag einschließlich seiner Anlagen tritt am >>xx.xx.xxxx<< in Kraft. Der Vertrag kann von den Vertragspartnern ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendermonats, frühestens zum >>xx.xx.xxxx<< gekündigt werden.
- (2) Die Kündigung eines Vertragspartners berührt nicht die Gültigkeit des Vertrages gegenüber den übrigen Vertragsbeteiligten.
- (3) Die Vergütungsvereinbarung (Anlage 7) kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendermonats gekündigt werden. Bis zur Vereinbarung neuer Preise sind die bisherigen Preise weiterhin der Abrechnung zugrunde zu legen.

§ 25 Salvatorische Klausel

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

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

Soziotherapeutischer Leistungserbringer
(Stempel, Unterschrift)

Vertrag ausgefertigt am >>DATUM<<

AOK Niedersachsen. Die Gesundheitskasse.

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Niedersachsen

IKK classic

KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

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

Anlagen zum Vertrag

- Anlage 1 Soziotherapie-Richtlinien
- Anlage 2 Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände nach § 132b Abs. 2 SGB V (i. d. Fassung vom 06.09.2022) abweichend gilt § 3 zur personellen Voraussetzung und ersetzt die Punkte 2 - 5
- Anlage 3 Mitarbeiterliste
- Anlage 4 Berufsnachweis zu §§ 2 - 4
- Anlage 5 Soziotherapeutische Dokumentation
- Anlage 5a Leistungsnachweis
- Anlage 6 Leistungsbeschreibung nach § 10
- Anlage 7 Vergütungsvereinbarung
- Anlage 8 Ermächtigungserklärung