ACTK 6908002

Vertrag gemäß § 132b SGB V zur Versorgung mit Soziotherapie nach § 37a SGB V

zwischen

dem Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V. (ABVP)

dem Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.

dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa), Landesverband Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordwest e.V.

dem Landesverband freie ambulante Krankenpflege NRW e.V. (LfK)

zusammengeschlossen in der Vertragsarbeitsgemeinschaft
der **Verbände privater ambulanter Pflegedienste in Nordrhein-Westfalen (VAG NW)**

(nachfolgend **Verband der Leistungserbringer** genannt)

und

dem **Verband Deutscher Alten- und Behindertenpflege Landesverband NRW e. V. (VDAB)**

(nachfolgend **Verband der Leistungserbringer** genannt)

und

der AOK NordWest - Die Gesundheitskasse

der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

der IKK classic

zugleich handelnd als Vertreterin der BIG direkt gesund, der IKK gesund plus,

der IKK - Die Innovationskasse, der IKK Südwest

dem BKK-Landesverband NORDWEST

der KNAPPSCHAFT

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

als Landwirtschaftliche Krankenkasse

und den **Ersatzkassen**

- Techniker Krankenkasse (TK)

- BARMER

- DAK-Gesundheit

- Kaufmännische Krankenkasse - KKH

- Handelskrankenkasse (hkk)

- HEK – Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

(nachfolgend „**Kostenträger**“ genannt)

Inhaltsverzeichnis

Präambel		3
§ 1	Begriffsbestimmungen, Erläuterungen, Leistungsmerkmale	4
§ 2	Gegenstand des Vertrages	5
§ 3	Geltungsbereich	5
§ 4	Notwendige Qualifikation der Leistungserbringer und Leistungsrahmen	5
§ 5	Berufsgruppen und benötigte Fachkenntnisse	6
§ 6	Allgemeine Anforderungen und Voraussetzungen	7
§ 7	Räumliche Voraussetzungen	9
§ 8	Beginn und Ende der Leistungsberechtigung, Mitteilungspflichten	9
§ 9	Umfang sowie Art und Weise der Leistungserbringung, Neutralität	10
§ 10	Berechtigung zur Abgabe der Leistungen	12
§ 11	Besondere Aufgaben des Berufsverbands	12
§ 12	Abgabevoraussetzungen	13
§ 13	Verpflichtungen des Leistungserbringers gegenüber den Versicherten	13
§ 14	Vergütung	13
§ 15	Rechnungslegung/Zahlungsfristen	14
§ 16	Datenschutz	16
§ 17	Institutionskennzeichen	17
§ 18	Qualitätssicherung, Gewährleistung und Haftung	17
§ 19	Vertragsverstöße und Maßnahmen	18
§ 20	Laufzeit und Kündigung	19
§ 21	Salvatorische Klausel	19

Anlagen

1) Anerkennungsstellen
2) Beitrittserklärung BKK
3) Beitrittserklärung der Leistungserbringer
4) Erhebungsbogen
5) Nachweis der zurzeit beschäftigten Mitarbeiter*innen - Handzeichenliste
6) Leistungsnachweis
7) Soziotherapeutische Dokumentation
8) Vergütungsvereinbarung

Präambel

Im Rahmen dieses Vertrages soll Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen die selbstständige Inanspruchnahme ärztlicher oder ärztlich verordneter Leistungen auf Basis der dafür geltenden einschlägigen Soziotherapie-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.

§ 1
Begriffsbestimmungen, Erläuterungen, Leistungsmerkmale

(1) VAG NW und VDAB als Verbände der Leistungserbringer:
Der Begriff „Verband der Leistungserbringer“ beinhaltet – soweit nicht anders bestimmt - sämtliche Interessensvertretungen des Verbandes für Leistungserbringer gemäß § 132b Abs. 1 SGB V im Kontext vertraglicher Regelungen zur Versorgung mit Soziotherapie. Die Rechte und Pflichten des Verbandes ergeben sich aus diesem Vertrag. Der Verband ist kein Leistungserbringer im Sinne dieses Vertrags und daher nicht zur Abgabe und Abrechnung von Leistungen berechtigt.

(2) Leistungserbringer:
Der Vertrag berechtigt den Leistungserbringer (nachfolgend in Anlage 3 genannt) nur zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag sofern sämtliche Voraussetzungen erfüllt sind und der Beitritt zu diesem Vertrag schriftlich erklärt wurde (vgl. § 8 Abs. 1 und Anlage 3). Soweit nicht anders bestimmt, hat der Leistungserbringer die Voraussetzungen und Leistungsmerkmale nach näherer Bestimmung dieses Vertrages während der gesamten Vertragslaufzeit zu erfüllen.

(3) Anerkennungsstelle:
Die Anerkennungsstellen werden unter den Kostenträgern abgestimmt und in der Anlage 1 des Vertrages benannt. Die Benennungen der Anerkennungsstellen kann jederzeit von den Kostenträgern angepasst werden. Die Anerkennungsstellen sind für die Ausstellung der Anerkennung eines neu zuzulassenden Leistungserbringers zuständig.

(4) Alle Gesetze, Verordnungen und Richtlinien, die im Vertrag und seinen Anlagen genannt werden, finden in der jeweils gültigen Fassung Anwendung.

(5) Die im Vertrag enthaltenen Angaben beziehen sich grundsätzlich sowohl auf die weibliche, die männliche, als auch auf die diverse Form. Zur besseren Lesbarkeit wurde auf die jeweilige zusätzliche Bezeichnung verzichtet.

(6) Die Versorgung mit soziotherapeutischen Leistungen nach diesem Vertrag hat auf begründeten Wunsch des Versicherten geschlechterspezifisch stattzufinden.

(7) Basis zur Erbringung soziotherapeutischer Leistungen bilden ausschließlich Verordnungen gemäß § 39 Abs. 1a SGB V und § 4 und § 4 a sowie § 5 Abs. 2 Satz 1 der ST-RL.

§ 2
Gegenstand des Vertrages

(1) Dieser Vertrag regelt die Sicherstellung der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung mit soziotherapeutischen Leistungen auf der Grundlage des § 132b SGB V und der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (ST-RL).

(2) Gegenstand des Vertrages ist die Sicherstellung der Versorgung der Versicherten der Kostenträger unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben, insbesondere die strikte Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots der §§ 12, 70 SGB V und der Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Details zur Leistungserbringung, deren Vergütung und Abrechnung richten sich nach den hierzu getroffenen Regelungen des Vertrags sowie seiner Anlagen.

§ 3
Geltungsbereich

Dieser Vertrag gilt für die vertragsschließenden Parteien, diejenigen Betriebskrankenkassen, die dem Vertrag beigetreten sind, sowie die Leistungserbringer gemäß § 1 Abs. 2 dieses Vertrages, mit Sitz in Nordrhein-Westfalen, die die Versicherten der vertragschließenden oder beigetretenen Kostenträger versorgen. Hinsichtlich der Betriebskrankenkassen gilt Satz 1 mit der Maßgabe eines von der betreffenden Betriebskrankenkasse erklärten Vertragsbeitritts (Anlage 2).

§ 4
Notwendige Qualifikation der Leistungserbringer und Leistungsrahmen

Die Versorgung nach diesem Vertrag darf nur von Leistungserbringern übernommen werden, die die Anforderungen an die Struktur- und die Qualitätssicherung nach näherer Bestimmung dieses Vertrages sowie seiner Anlagen, der ST-RL zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie in der jeweils gültigen Fassung für eine ausreichende, zweckmäßige und bedarfsgerechte Erbringung soziotherapeutischer Leistungen erfüllen. Die durchgängige Erfüllung ist zugleich unabdingbare Voraussetzung zur Teilnahme an diesem Vertrag.

§ 5
Berufsgruppen, benötigte Fachkenntnisse und persönliche Eignung

Folgende Berufsgruppen sind anerkennungsfähig, wenn die weiteren Voraussetzungen gemäß dem Vertrag sowie seiner Anlagen und der ST-RL erfüllt sind:

1) Bachelorabschluss im Studienfach „Soziale Arbeit“ oder Diplom-Sozialarbeiter/-Sozialpädagogen,

2) Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie, Pflegefachfrau/-mann/-person mit Schwerpunkt Psychiatrie/Psychotherapie

3) Soziotherapie kann auch erbracht werden, wenn ein Nachweis eines Studienabschlusses auf Bachelor-Niveau mit dem Schwerpunkt „psychiatrische Versorgung“ vorliegt. Dies muss aus dem Zeugnis des Studienabschlusses hervorgehen.

Ein im Ausland erworbener Berufs-/Studienabschluss wird anerkannt, wenn die Erlaubnis zur Führung der deutschen Berufsbezeichnung ohne Auflagen (z. B. Nachschulung, Nachpraktikum, Nachprüfung oder ähnlichem) erteilt wurde.

Ein Vertrag mit einem Leistungserbringer für Soziotherapie kann nur geschlossen werden, wenn der Nachweis einer vorherigen, mindestens dreijährigen psychiatrischen Berufspraxis innerhalb der letzten 10 Jahre, davon mindestens ein Jahr in einem allgemeinpsychiatrischen Krankenhaus mit regionaler Versorgungsverpflichtung oder ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung, erbracht ist. Die Berufspraxis im allgemeinpsychiatrischen Krankenhaus ist dabei nicht ersetzbar durch eine Berufspraxis in einem anderen Krankenhaus, wie z. B. einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder in einer Klinik für Psychosomatische Medizin oder in einer Klinik, in der nur Teilgebiete der Psychiatrie behandelt werden.

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

Die Vertragspartner stimmen überein, dass die oben genannten Personengruppen über die folgenden Fachkenntnisse verfügen müssen.

- Kenntnisse aller psychischen Störungen bei Erwachsenen (Krankheitsbilder, Verlauf, Behandlungsmethoden)
- Kenntnisse und praktische Erfahrungen mit Erwachsenen mit schweren psychischen Störungen, insbesondere im Hinblick auf deren Verhaltensweisen und Krisenfrühwarnzeichen
- Kenntnisse und Erfahrungen in koordinierender und begleitender Unterstützung

- 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 psychisch Kranken.

Für die verantwortliche Fachkraft gibt der Träger eine verbindliche schriftliche Erklärung ab, aus der hervorgeht, dass die Prüfung der persönlichen Eignung der verantwortlichen Fachkraft vorgenommen wurde und keine Tatbestände vorliegen, die gegen die persönliche Eignung sprechen.

§ 6
Allgemeine Anforderungen und Voraussetzungen

(1) Die Leistungserbringung erfolgt durch eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln, mit denen eine fachlich kompetente und bedarfsgerechte Soziotherapie nach dem allgemein anerkannten Stand der psychosozialen Erkenntnisse durchgehend zu gewährleisten ist.

(2) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, Leistungen nach diesem Vertrag auch aufsuchend zu erbringen. Ziel ist die Stabilisierung der gesundheitlichen, häuslichen, beruflichen und sozialen Situation des Patienten und damit die Vermeidung der Verschlimmerung der Erkrankung und von Krankenhausaufenthalten. Erforderlichenfalls kann dies im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen mit zugelassenen Leistungserbringern nach diesem Vertrag sichergestellt werden.

(3) Leistungen nach diesem Vertrag können nur durch geeignete Personen, die diese Tätigkeiten mit mindestens 15 Stunden pro Woche anbieten, erbracht werden. Der Einsatz von freien Mitarbeitern ist unzulässig.

(4) Geeignete Personen können ausschließlich die folgenden Organisationsformen sein

a. Natürliche Personen
   Natürliche Personen können einen Vertrag zur Erbringung von Soziotherapie erhalten, soweit sie selbst oder eine bei ihnen angestellte Person die unter §§ 5 und

6 beschriebenen Voraussetzungen erfüllen. Die zur Leistungserbringung berechtigten Personen sind im Anerkennungsschreiben namentlich zu benennen. Der Vertrag endet, wenn keine Person die Voraussetzungen unter §§ 5 und 6 erfüllt. Personelle Änderungen sind den Vertragspartnern unverzüglich mitzuteilen.

b. Juristische Personen
   Die Voraussetzungen unter §§ 5 und 6 können nur durch natürliche Personen erfüllt werden. Beantragen juristische Personen einen Vertrag zur Erbringung von Soziotherapie, so ist der Vertrag an die Tätigkeit natürlicher Personen gebunden, welche die in §§ 5 und 6 beschriebenen Voraussetzungen erfüllen. Die zur Leistungserbringung berechtigten Personen sind im Anerkennungsschreiben namentlich zu benennen. Der Vertrag endet, wenn keine Person die Voraussetzungen unter §§ 5 und 6 erfüllt. Personelle Änderungen sind den Vertragspartnern unverzüglich mitzuteilen.
c. Partnerschaftsgesellschaften
   Partnerschaftsgesellschaften können einen Vertrag zur Erbringung von Soziotherapie erhalten, wenn der Gesellschaft mindestens ein Partner angehört, der die unter §§ 5 und 6 beschriebenen Voraussetzungen erfüllt. Diese Partner sind namentlich zu benennen. Zur Leistungserbringung sind nur die im Anerkennungsschreiben namentlich benannten Personen berechtigt. Der Vertrag endet mit dem Ausscheiden des letzten benannten Partners aus der Partnerschaftsgesellschaft. Das Bestehen der Partnerschaftsgesellschaft sowie Änderungen in der Zusammensetzung der Partnerschaftsgesellschaft sind den Vertragspartnern umgehend mitzuteilen und durch einen Auszug aus dem Partnerschaftsregister nachzuweisen.
d. BGB-Gesellschaften
   i. Praxisgemeinschaft
      1. In einer Praxisgemeinschaft schließen sich rechtlich eigenständige Leistungserbringer zur gemeinsamen Nutzung der Praxisausstattung zusammen. Jeder dieser Leistungserbringer kann einen Vertrag zur Erbringung von Soziotherapie erhalten und die erbrachten Leistungen unter seinem eigenen Institutionskennzeichen abrechnen, soweit er die unter §§ 5 und 6 beschriebenen Voraussetzungen erfüllt.
   ii. Gemeinschaftspraxis
      1. In einer Gemeinschaftspraxis schließen sich Leistungserbringer zur gemeinsamen Berufsausübung und Gewinnerzielung zusammen. Sie können gemeinsam einen Vertrag erhalten und die erbrachten Leistungen zusammen unter einem Institutionskennzeichen abrechnen, soweit die zur Leistungserbringung berechtigten Personen die unter §§ 5 und 6 beschriebenen Voraussetzungen erfüllen. Die Leistungserbringer sind im Anerkennungsschreiben namentlich zu benennen.

(5) Der Nachweis über die Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen (z. B. komplementäre Einrichtungen) ist grundsätzlich notwendig.

(6) Der Leistungserbringer stellt eine Erreichbarkeit für die zu versorgenden Versicherten sicher. Dabei ist eine angemessene Versorgungskontinuität zu gewährleisten. Dazu zählen auch Regelungen zur Urlaubs- und Krankheitsvertretung.

§ 7
Räumliche Voraussetzungen

(1) Der Leistungserbringer muss über in sich geschlossene Räumlichkeiten verfügen. Toilette und Handwaschbecken müssen vorhanden sein.

(2) Die Raumhöhe muss durchgehend mindestens 2,20 m – lichte Höhe – betragen. Alle Räume müssen ausreichend be- und entlüftbar sowie beheiz- und beleuchtbar sein.

(3) Ein barrierefreier Zugang sollte möglich sein.

(4) Für Gruppengespräche muss ein geeigneter Raum zur Verfügung stehen, welcher über einen separaten Eingang verfügen sollte und nicht zur Privatwohnung des Leistungserbringers gehören darf. Toilette und Handwaschbecken müssen vorhanden sein.

(5) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Sozialdaten seiner zu versorgenden Patienten datenschutzkonform gelagert werden.

(6) Der Nachweis geeigneter Räumlichkeiten ist durch Vorlage schriftlicher Verträge zu erbringen.

§ 8
Beginn und Ende der Leistungsberechtigung, Mitteilungspflichten

(1) Leistungsberechtigung des einzelnen Leistungserbringers:
Die Berechtigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen beginnt für Leistungserbringer mit dem Tag, den die Anerkennungsstelle dem Leistungserbringer schriftlich mitgeteilt hat. Für diese Mitteilung ist es erforderlich, dass der Leistungserbringer die Anerkenntniserklärung (Anlage 3) und den Erhebungsbogen (Anlage 4) digitalisiert der Anerkennungsstelle übersandt hat und alle erforderlichen Voraussetzungen gemäß § 4 dieses Vertrages nachgewiesen wurden.

(2) Ausschluss der Leistungsberechtigung:

Eine Leistungsberechtigung ist ausgeschlossen, sofern und soweit der Leistungserbringer zeitgleich auf der Grundlage eines anderen Vertrages für den betreffenden Versicherten eines vertragsschließenden Kostenträgers soziotherapeutische Leistungen erbringt. Das gilt unabhängig davon, ob es Unterschiede hinsichtlich der Teilnahmevoraussetzungen und/oder Vergütung der Leistungen gibt.

(3) Mitteilungspflichten:

Änderungen, welche sich auf die Teilnahme- und/oder Leistungsberechtigung auswirken, sind der Anerkennungsstelle unverzüglich mitzuteilen.

(4) Ende der Leistungsberechtigung:
Die Berechtigung des einzelnen Mitarbeiters zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen gemäß diesem Vertrag endet automatisch, sobald eine der zu benennenden Teilnahmevoraussetzungen nicht oder nicht mehr in dem erforderlichen Umfang erfüllt ist.

Darüber hinaus endet die Berechtigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen mit Einstellung des Geschäftsbetriebes oder dem Wechsel der Trägerschaft automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Im Falle einer Kündigung dieses Vertrags endet die Berechtigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen mit der Wirksamkeit der Kündigung.

§ 9
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) Von dem Leistungserbringer ist eine soziotherapeutische fortlaufende Dokumentation über die Betreuung, insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der durchgeführten Maßnahmen, zu führen. Diese Dokumentation schließt die Berichterstattung an den verordnenden Arzt, die Krankenkasse und ggf. den Medizinischen Dienst ein. Im Fall eines Verlängerungsantrages übermittelt der Leistungserbringer auf Anforderung die vollständige soziotherapeutische Dokumentation an den Medizinischen Dienst.

(5) Der Versicherte bzw. dessen Vertreter hat die Leistungserbringung mit Angabe des Zeitumfangs durch Unterschrift auf dem Leistungsnachweis (Anlage 6) zu bestätigen. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, mindestens einmal im Monat die Unterschrift vom Versicherten oder dessen Vertreter einzuholen. Das Unterschreiben im Voraus ist unzulässig.

(6) Ist der Versicherte nicht in der Lage, den Leistungsnachweis selbst zu unterschreiben, kann die Unterschrift durch einen nachgewiesenen Bevollmächtigten/Betreuer erfolgen. Kann die Unterschrift im Ausnahmefall weder durch den Versicherten, noch durch einen Bevollmächtigten/Betreuer erbracht werden, bleibt das Unterschriftsfeld auf dem Leistungsnachweis frei. Der Leistungserbringer gibt auf dem Leistungsnachweis, ggf. auf einer Anlage zum Leistungsnachweis, die Gründe hierfür an. Eine Unterschrift für den Versicherten durch den Leistungserbringer oder seine Mitarbeitenden ist ausgeschlossen.

(7) Der Leistungsnachweis hat folgende Mindestinhalte aufzuweisen:

a) Krankenversichertennummer

b) Name und Vorname des Patienten

c) Geburtsdatum des Patienten

d) Art und Anzahl der erbachten Leistungen

e) Datum und Uhrzeit der Leistungserbringung (Beginn und Ende in Echtzeit)

f) Handzeichen des Leistungserbringers

g) Datum und Unterschrift des Patienten

h) IK, Name und Anschrift des Leistungserbringers

(8) Der Leistungsnachweis ist der Abrechnung mit der Krankenkasse beizufügen und gilt somit als rechnungsbegründende Unterlage.

(9) Die Leistungserbringer werden ihre Mitarbeitenden in Fragen der Umsetzung dieses Vertrages und insbesondere hinsichtlich möglicher ergänzender Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 17 dieses Vertrages umfassend und im Falle von Veränderungen kontinuierlich schulen.

(10) Eine gezielte Beeinflussung der Versicherten oder anderer an der Versorgung beteiligter Personen (z. B. Arzt, Krankenhaus, Therapeut, Angehörige) durch den Berufsverband oder den Leistungserbringer hinsichtlich einer nicht gemäß § 2 der ST-RL begründeten Inanspruchnahme von Soziotherapie ist nicht zulässig. Auch dahingehende Werbemaßnahmen und solche, welche sich auf die Leistungspflicht der Kostenträger beziehen, sind unzulässig.

§ 10
Berechtigung zur Abgabe der Leistungen

(1) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Leistungen nach diesem Vertrag durch geeignete Fachkräfte nach § 5 dieses Vertrages erbracht werden.

(2) Die Berechtigung zur Abgabe von Leistungen dieses Vertrages ist abhängig von der Qualifikation der Fachkräfte. Diese ergeben sich aus der jeweils aktuellen Gemeinsamen Empfehlung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie.

(3) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, eine Handzeichenliste (nachfolgend Anlage 5) der jeweils eingesetzten Mitarbeiter zu führen. Auf Verlangen der Anerkennungsstellen sind die Anlagen 5, 6 und 7 sowie in begründeten Einzelfällen weitere geeignete Unterlagen (z.B. Qualifikationsnachweis, Arbeitsvertrag, Handzeichenliste, Sozialversicherungsnachweis) zeitnah bei dieser einzureichen.

(4) Der Leistungserbringer verpflichtet sich darüber hinaus, eine Übersicht der bei ihm tätigen Soziotherapeuten im regelmäßigen Turnus an den Verband der Leistungserbringer zu übermitteln. Der Verband der Leistungserbringer erstellt eine Gesamtübersicht der bei dem Leistungserbringer tätigen Soziotherapeuten. Diese ist bei den Kostenträgern bei Bedarf einzureichen.

§ 11
Besondere Aufgaben des Verbandes

Der Verband übernimmt für seine Mitglieder, die Leistungserbringer, gemäß § 1 Abs. 2 dieses Vertrages, die zukünftigen Vertragsverhandlungen und die Vertragsbeendigung für die-

sen Vertrag (Kündigung des Vertrages oder nur der Anlagen). Der Verband stellt die diesbezügliche Kommunikation und Information gegenüber seinen Mitgliedern sicher.

§ 12
Abgabevoraussetzungen

(1) Grundlage für die Leistungserbringung ist die Verordnung gemäß § 39 Abs. 1a SGB V und § 4 und § 4 a der ST-RL sowie – mit Ausnahme der bis zu fünf probatorischen Sitzungen gemäß § 5 Abs. 2 der ST-RL – die Genehmigung des zuständigen Kostenträgers entsprechend § 9 Abs. 1 ST-RL.

(2) Sollte sich im Verlauf der Behandlung herausstellen, dass der Patient nicht geeignet ist oder die definierten Therapieziele nicht erreichen kann, ist die Soziotherapie abzubrechen. Entsprechendes gilt bei vorzeitigem Erreichen der Therapieziele. Der Leistungserbringer unterstützt den Verordner bei der Prüfung des Erfolgs der Maßnahme umfassend und unverzüglich.

§ 13
Verpflichtungen des Leistungserbringers gegenüber den Versicherten

Die Kostenträger stellen ihren Versicherten die verordnete Soziotherapie als Sachleistung gemäß §§ 2 Abs. 1 und 2, 37a SGB V zur Verfügung. Kosten der Leistungserbringung dürfen dem Versicherten vom Leistungserbringer nicht in Rechnung gestellt werden. Die Zuzahlung der Versicherten richtet sich nach § 61 SGB V. Vordatierung oder Globalbestätigungen sind unzulässig.

§ 14
Vergütung

(1) Die ausgeführten vertraglichen Leistungen werden nach der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung (Anlage 8) vergütet. In dieser wird eine gesonderte Kündigungsfrist vereinbart. Mit den vereinbarten Vergütungen sind alle Aufwendungen einschließlich der jeweils im Einzelfall ggf. erforderlichen Nebenleistungen, insbesondere die nach § 37a SGB V erforderliche Dokumentation der Leistungen, die Erstellung des Betreuungsplans (Formular 27) oder etwaigen zusätzlichen Therapieberichte auf ärztliche Anforderung sowie Abstimmungsbedarfe zu Therapiezielen oder Anpassungen abgegolten.

(2) Für die erbrachten Leistungen nach § 37a in Verbindung mit § 61 SGB V dürfen keine weiteren Zahlungen vom Versicherten gefordert werden.

§ 15
Rechnungslegung/Zahlungsfristen

(1) Inhalt und Form der Abrechnung richten sich nach den Abrechnungsrichtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, seine Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Für die Nacherfassung nicht maschinell verwertbarer Daten (Papierrechnung) erfolgt durch die Kostenträger nach § 303 Abs. 3 SGB V eine pauschale Rechnungskürzung von bis zu 5 % des Rechnungsbetrags.

(3) Die nach diesem Vertrag zu vergütenden Leistungen sind grundsätzlich im Folgemonat mit der Krankenkasse abzurechnen.

(4) Leistungen, die wegen fehlender Mitwirkung der Versicherten nicht erbracht werden können, sind gegenüber den Krankenkassen nicht abrechnungsfähig.
Gleiches gilt für Leistungen, die von hierzu nicht gemäß § 5 des Vertrages berechtigtem Personal erbracht werden.

(5) Bei der Abrechnung sind das jeweilige Schlüsselkennzeichen der Vergütungsvereinbarung (bestehend aus Abrechnungscode und Tarifkennzeichen) sowie die vereinbarten Positionsnummern zu verwenden.

(6) Sofern vom Vertragsarzt ein oder mehrere ICD-10-Schlüssel auf der Verordnung angegeben wurden, sind diese im Rahmen des Datenträgeraustausches im Datensatz anzuliefern. Eventuell fehlende Arzt-/Betriebsstättennummern im Versichertenfeld sind aus dem Arztstempel zu übernehmen.

(7) Alle zur Abrechnung eingereichten Verordnungen sind vom Leistungserbringer in den „Abrechnungsfeldern“ auf dem Verordnungsvordruck vollständig auszufüllen.

(8) Für die Zuzahlungspflicht ist der Zeitpunkt der Leistungserbringung ausschlaggebend.

(9) Maßgebend für die Berechnung des Zahlungsziels von 20 Kalendertagen (bargeldlos) ist der Tag, an dem alle zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen (Datensatz und

zahlungsbegründende Unterlage) bei der Krankenkasse vorliegen. Liegen zwischen dem Einreichen des Datensatzes und den zahlungsbegründenden Unterlagen mehr als 14 Tage, ist der zuständige Kostenträger berechtigt die vorliegenden Unterlagen an den Rechnungssteller zurückzusenden. Die Einreichung der Rechnung (Datensatz und zahlungsbegründende Unterlage) kann unter der Berücksichtigung der Fristen nach diesem Vertrag erneut erfolgen. Das Zahlungsziel ist dann erfüllt, wenn die Bank des zuständigen Kostenträgers belastet wurde.

Fällt das Zahlungsziel auf einen Samstag, Sonntag oder einen gesetzlichen Feiertag, so verschiebt sich der Zahltag auf den nachfolgenden Arbeitstag. Überzahlungen werden als Vorauszahlung mit der nächsten Zahlung verrechnet, soweit hierzu in dem Vertrag sowie seinen Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist.

(10) Zahlungsverzug liegt vor, wenn das Zahlungsziel von 20 Tagen überschritten ist. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Bei Überschreitung des o. g. Zahlungsziels können nach der ersten Mahnung Verzugszinsen in Höhe von 4 v.H. ab dem dritten Arbeitstag nach Zugang der Mahnung bei der von dem zuständigen Kostenträger benannten Stelle (Daten- und Papierannahmestelle) verlangt werden.

(11) Überträgt der Leistungserbringer die Abrechnung einem Abrechnungszentrum, so sind dem Kostenträger der Name und eine Inkassovollmacht des beauftragten Abrechnungszentrums zu übermitteln.

Dem Leistungserbringer/der beauftragten Abrechnungsgesellschaft obliegt die Beweispflicht für die ordnungsgemäße Anlieferung des Datenträgers und der zahlungsbegründenden Unterlagen im Original. Abrechnungszentren rechnen ausschließlich gemäß Anlage 1 (Technische Anlage) der Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ sowie mit Hebammen und Entbindungspflegern (§ 301a SGB V) ab. Werden Nachberechnungen erstellt, sind der Nachberechnung Kopien der Erstrechnung und der Verordnung beizulegen sowie ein neuer Datensatz zu erstellen und zu übermitteln. Nachberechnungen sind innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang der Ursprungsrechnung zu stellen.

(12) Die Zahlungen an zentrale Abrechnungsstellen haben befreiende Wirkung gegenüber dem Leistungserbringer und erfolgen unter dem Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung. Forderungen gegen den Kostenträger können nur mit vorheriger Zustimmung des Kostenträgers an Dritte abgetreten werden. Die Beauftragung einer Abrechnungsgesellschaft entbindet den Vertragspartner nicht von vertraglichen Vereinbarungen.

(13) Beanstandungen müssen innerhalb von 12 Monaten nach vollständigem Rechnungseingang geltend gemacht werden. Unberührt hiervon bleiben Ansprüche auf Schadenersatz

aus unerlaubter Handlung. Gegenüber dem Versicherten ist eine Abrechnung des Rückforderungsbetrags nicht zulässig.

(14) Bei Rechnungsabsetzungen bzw. bei begründeten Beanstandungen nach Abs. 13 der Abrechnung stellt der Kostenträger dem Leistungserbringer die Unterlagen zur Prüfung bzw. Korrektur zur Verfügung.

(15) Forderungen aus Vertragsleistungen können von den Leistungserbringern nach Ablauf eines Jahres, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie abgeschlossen worden sind, nicht mehr erhoben werden.

(16) Verordnungen für Versicherte, die Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt haben, können vom Leistungserbringer nicht mit dem Kostenträger abgerechnet werden. Die Rechnungsstellung des Leistungserbringers erfolgt direkt an den Versicherten.

§ 16
Datenschutz

(1) Die Vertragsparteien sind verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) einzuhalten.

(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 bekanntwerdenden 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.

(5) 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.

(6) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich des Patienten und dessen Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten und Psychotherapeuten, dem Medizinischer Dienst (MD) und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

§ 17
Institutionskennzeichen

(1) Der Leistungserbringer verfügt gemäß § 302 SGB V über ein eigenes Institutionskennzeichen (IK) je Betriebsstätte, welches bei der Abrechnung mit dem Kostenträger anzugeben ist. Bei mehreren Betriebsstätten kann die Abrechnung zentral vorgenommen werden, in diesem Falle ist für diese Abrechnungsstelle ein gesondertes IK zu verwenden (analog einem externen Rechenzentrum).

Besitzt der Leistungserbringer Abgabeberechtigungen für unterschiedliche Leistungsangebote und/oder Standorte entsprechend der aktuellen Regelungen der am IK-Verfahren beteiligten Träger der Sozialversicherung sind separate IKs zu führen.

(2) Das IK ist bei der „Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen“ (ARGE IK), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen.

Änderungen, wie z. B. Name, aktuelle Anschrift und Bankverbindung des Leistungserbringers sind der ARGE IK unverzüglich und unmittelbar mitzuteilen. Änderungsmitteilungen an den Kostenträger oder an den mit der Abrechnung beauftragten Dienstleister können nicht berücksichtigt werden, da ein Änderungsauftrag an die ARGE IK durch Dritte nicht möglich ist.

§ 18
Qualitätssicherung, Gewährleistung und Haftung

(1) Zur Sicherung der Qualität haben die Leistungserbringer für Soziotherapie folgende Verpflichtungen zu erfüllen:
- 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 mit mindestens 20 Einheiten in einem 2-Jahres-Zeitraum durchzuführen. 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.

Die Ableistung der geforderten Qualitätssicherungsmaßnahmen ist durch Vorlage der Teilnahmebescheinigung nachzuweisen.

(2) Der Kostenträger oder der MD kann zur Qualitätssicherung oder Behebung von Zweifeln das vertragsgemäße Verhalten des Leistungserbringers überprüfen. Der Leistungserbringer hat im erforderlichen Umfang an der Klärung aktiv mitzuwirken und die benötigten Unterlagen unverzüglich zur Verfügung stellen.

(3) Zur Qualitätssicherung können auch weitergehende Maßnahmen, wie z. B. Versichertenbefragungen und Auswertungen hinsichtlich des individuellen Versorgungszeitraums (Beginn und Abschluss der Soziotherapie), vereinbart werden. Die Inhalte möglicher Befragungen werden hinsichtlich der Fragestellungen zwischen den vertragsschließenden Parteien erörtert.

(4) Die Gewährleistung und die Haftung ergeben sich aus dem Gesetz.

§ 19
Vertragsverstöße und Maßnahmen

(1) Bei Verstößen gegen die vertraglichen Pflichten kann der Kostenträger die folgenden Vertragsmaßnahmen ergreifen:

a) Verwarnung
b) Abmahnung
c) Kündigung

(2) Die Vertragsmaßnahme wird unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit vom Kostenträger festgesetzt. Dieser Grundsatz ist in der Regel gewahrt, wenn eine Vertragsmaßnahme auf der anderen Maßnahme aufbaut.

(3) Davon abweichend kann das Vertragsverhältnis bei schwerwiegenden Vertragsverstößen aus wichtigem Grund sofort gekündigt werden. Als schwerwiegender Vertragsverstoß gelten insbesondere:

a) wenn der Patient gesundheitliche Schäden infolge einer grob fahrlässigen oder vorsätzlichen Pflichtverletzung erleidet
b) wenn verordnete Leistungen nicht erbracht aber vorsätzlich oder grob fahrlässig abgerechnet werden
c) bei Zahlungen von Vergütungen oder Provisionen oder Gewährung sonstiger geldwerter Vorteile an Ärzte oder Dritte für die Zuweisung bzw. Vermittlung von Aufträgen i. S. einer Vorteilsnahme ohne Leistung
d) wenn unzulässige Zuzahlungen von Patienten gefordert bzw. angenommen werden.

(4) Vor der Festsetzung einer Vertragsmaßnahme ist dem Leistungserbringer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Der Berufsverband kann hierüber durch den Leistungserbringer informiert werden und auf Wunsch des Leistungserbringers bei ggf. stattfindenden persönlichen Gesprächen teilnehmen.

(5) Vertragliche oder gesetzliche Ansprüche der Vertragspartner bleiben von den vorstehenden Regelungen unberührt.

§ 20
Laufzeit und Kündigung

(1) Der Vertrag tritt am 01.06.2026 in Kraft.

(2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner, beigetretenen Leistungserbringer bzw. jeder beigetretenen Betriebskrankenkasse mit einer Frist von sechs Monaten zum Jahresende ohne Angabe von Gründen schriftlich gegenüber jedem Vertragspartner bzw. jeder beigetretenen Betriebskrankenkasse gekündigt werden. Eine Kündigung des Vertrags schließt automatisch eine Kündigung sämtlicher Anlagen mit ein.

(3) Mit Inkrafttreten dieses Vertrages werden bisher bestehende Vertragsregelungen gegenstandslos.

(4) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages einschließlich der Anlagen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit gemäß § 56 SGB X der Schriftform. Mündliche Abreden bestehen nicht.

(5) Die Kündigung durch einen Vertragspartner lässt die Wirksamkeit dieses Vertrages für die übrigen Vertragspartner unberührt, es sei denn, die Fortführung des Vertrages wird dadurch unmöglich.

§ 21
Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam, undurchführbar oder nichtig sein bzw. nach Vertragsschluss unwirksam, undurchführbar oder nichtig werden, so wird dadurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen, undurchführbaren oder nichtigen Bestimmung soll diejenige wirksame Regelung treten, deren Wirkungen der wirtschaftlichen Zielsetzung beziehungsweise dem Sinn und Zweck der unwirksamen oder nichtigen oder undurchführbaren Bestimmungen möglichst nahekommt, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen beziehungsweise nichtigen oder undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist.

Bochum, Duisburg, Dortmund, Dresden, Düsseldorf, Essen, Kassel, den 26.08.2025

_____
AOK NORDWEST
- Die Gesundheitskasse

AOK Rheinland/Hamburg –
- Die Gesundheitskasse

_____
BKK-Landesverband
NORDWEST

_____

IKK classic
auch in Vertretung der im
Rubrum genannten anderen
Innungskrankenkassen

_____
KNAPPSCHAFT

Sozialversicherung
für Landwirtschaft, Forsten und Garten-
bau

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Der Leiter der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

Arbeitgeber- und BerufsVerband Privater Pflege e.V. (ABVP)

Bundesverband Ambulante Dienste und
Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)
Landesverband Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe
(DBfK) Nordwest e.V.

Landesverband freie ambulante
Krankenpflege NRW e.V. (LfK)

_____

Verband Deutscher Alten- und Behindertenpflege
Landesverband NRW e. V. (VDAB)