

Bayerischer Rahmenvertrag

mit Anlagen

Rahmenvertrag

**gemäß § 132 b i. V. m. § 37 a Sozialgesetzbuch (SGB)
Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)
über die Versorgung mit Sozialtherapie im Freistaat Bayern**

zwischen

der Arbeiterwohlfahrt, Landesverband Bayern e.V., München
dem Deutschen Caritasverband, Landesverband Bayern e.V., München
dem Diakonischen Werk, Landesverband der Inneren Mission e.V., Nürnberg
dem Bayerischen Roten Kreuz, Landesgeschäftsstelle, München
dem Paritätischen Wohlfahrtsverband, Landesverband Bayern e.V., München

- einerseits -
- nachfolgend Leistungserbringer genannt -

und

der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Landesvertretung Bayern
dem AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Landesvertretung Bayern
dem BKK Landesverband Bayern, München
der IKK Bayern, München
dem Funktionellen Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und
Pflegekassen in Bayern, München
der Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle München

- andererseits -
- nachfolgend Krankenkassen genannt -

Inhaltsverzeichnis

Präambel...	3.
Kapitel I - Allgemeine Grundsätze -	3
§ 1 Gegenstand des Vertrages	3
§ 2 Gültigkeit des Vertrages.....	3
§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung	4
§ 4 Genehmigung von Soziotherapie.....	5
§ 5 Vorläufige Kostenzusage	5
§ 6 Zuzahlungen.....	6.
§ 7 Leistungsinhalt	6.
§ 8 Soziotherapeutischer Betreuungsplan.....	6
§ 9 Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Arzt.....	7
§ 10 Werbung, Einflussnahme- und Vermittlungsverbot.....	7
§.11 Datenschutz, Schweigepflicht.....	7
§ 12 Vertragsverstöße.....	8.
Kapitel II - Abrechnungsverfahren -	8
§ 13 Institutionskennzeichen.....	8
§ 14 Abrechnungsregelung.....	9
§ 15 Aufbewahrungsfrist der Soziotherapeutischen Dokumentation.....	11
Kapitel III - Vergütung -	11
§ 16 Vergütung.....	11
Kapitel IV - Inkrafttreten und Kündigung -	11
§ 17 Inkrafttreten	11
§ 18 Kündigung	11
§ 19 Kündigung der Vergütungsvereinbarung	12
§ 20 Einstellung des Betriebes.....	12
§ 21 Salvatorische Klausel.....	12
Unterschriftenblatt	13
Anlagen zum Rahmenvertrag	14

Präambel

Mit dem Abschluss dieses Rahmenvertrages wollen die Vertragspartner zur flächendeckenden Umsetzung der Sozialtherapie in Bayern beitragen. Die vorliegende Fassung stellt dabei einen Kompromiss dar. Um den gesetzlichen Verpflichtungen im Interesse der psychisch kranken Menschen nachzukommen, kommen die Vertragspartner überein, die Vereinbarung in Kraft zu setzen. Rechtzeitig zum Ende der Laufzeit sollen Gespräche zu einer Überarbeitung der Vereinbarung aufgenommen werden.

Kapitel I

- Allgemeine Grundsätze -

§ 1

Gegenstand des Vertrages

- (1) Der Leistungserbringer (vgl. § 2) übernimmt die Versorgung der Versicherten der Krankenkassen mit Sozialtherapie gemäß §§ 37 a und 132 b SGB V. Die Maßnahmen finden überwiegend im sozialen Umfeld des Versicherten statt.
- (2) Abweichend von Nr. 2.2 der Gemeinsamen Empfehlungen gemäß § 132 b Abs. 2 SGB V kann der Leistungserbringer im Rahmen einer Übergangsregelung für die Zeit bis 31. Dezember 2004 eine Zulassung als Leistungserbringer für Sozialtherapie erhalten (**Anlage 2a**). Für Leistungserbringer, die nach dieser Übergangsregelung einen Vertrag erhalten haben, gelten die Voraussetzungen unter Punkt 2.2 der gemeinsamen Empfehlungen gemäß § 132 b Abs. 2 SGB V als erfüllt.
- (3) Im übrigen gelten die Bestimmungen der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 (vgl. § 37 a Abs. 2 SGB V) sowie die Gemeinsamen Empfehlungen gemäß § 132 b Abs. 2 SGB V (vgl. **Anlagen 1 und 2**) in der jeweils gültigen Fassung.
- (4) Leistungserbringer, die nach dem 31. Dezember 2004 eine Zulassung als Leistungserbringer für Sozialtherapie beantragen, haben alle die in den Gemeinsamen Empfehlungen gemäß § 132 b Abs. 2 SGB V genannten Voraussetzungen zu erfüllen.
- (5) Es ist eine fachlich kompetente und bedarfsgerechte Sozialtherapie nach dem allgemein anerkannten Stand der psychosozialen Erkenntnisse zu wirtschaftlich vertretbaren Bedingungen zu gewährleisten.

§ 2

Gültigkeit des Vertrages

- (1) Der Vertrag gilt für die Sozialpsychiatrischen Dienste in Bayern
 - die vor dem 1. Januar 2003 über ihren Träger von den Krankenkassen pauschal bezuschusst worden sind und
 - deren Träger diesem Vertrag mit Wirkung für ihre Sozialpsychiatrischen Dienste per Unterschriftsleistung anerkennen oder ihm beitreten und
 - die mindestens einen Mitarbeiter als Leistungserbringer angestellt haben, der

die Voraussetzungen nach § 1 der Vereinbarung erfüllt.

Sind von dem Sozialpsychiatrischen Dienst am Betriebssitz noch sogenannte Filialen oder Zweigstellen mit mindestens einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter besetzt, der die Voraussetzungen nach § 1 der Vereinbarung erfüllt, gilt der Vertrag auch für dessen Filialen oder Zweigstellen.

Soweit die Voraussetzungen nach § 1 der Vereinbarung ganz oder teilweise nicht mehr erfüllt werden, ist die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern, c/o AOK Bayern – Die Gesundheitskasse, Carl-Wery-Str. 28, 81739 München unverzüglich schriftlich zu informieren.

- (2) Andere an einem Vertrag interessierte Personen oder Einrichtungen richten einen schriftlichen Antrag auf Zulassung über die Versorgung von den Versicherten der Krankenkassen mit Soziotherapie an die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern, c/o AOK Bayern - Die Gesundheitskasse, Carl-Wery-Str. 28, 81739 München. Werden neben dem Betriebssitz noch sogenannte Filialen oder Zweigstellen betrieben, ist für diese ein gesonderter Vertrag erforderlich.
- (3) Die nach näherer Bestimmung nach Abs. 1 und Abs. 2 beigetretenen bzw. zugelassenen Leistungserbringer werden von der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in einer Liste erfasst die von ihr im Vierteljahr mindestens einmal aktualisiert wird. Die Liste liegt als **Anlage 3** des Rahmenvertrages bei.

§ 3

Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Leistungen nach diesem Vertrag nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen und ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich erbracht werden. Er gewährleistet, dass die Weiterführung der Soziotherapie im dringenden Bedarfsfall, auch bei seiner Abwesenheit im Falle von Krankheit, Urlaub, Fortbildung u. dgl. sichergestellt ist.
- (2) Der Leistungserbringer haftet gegenüber dem Versicherten und der Krankenkasse nach den Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (§ 61 SGB X). Er stellt sicher, dass erforderliche Versicherungen in ausreichender Höhe abgeschlossen sind und stellt die Krankenkasse von Ansprüchen frei, die gegenüber dieser im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen nach diesem Vertrag von Dritten geltend gemacht werden.
- (3) Eine Leistungserbringung für Versicherte, für die der Leistungserbringer ein Betreuungsverhältnis nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) eingegangen ist, ist ausgeschlossen.
- (4) Sollte sich im Verlauf der Behandlung herausstellen, dass der Patient nicht geeignet ist oder die definierten Therapieziele nicht erreichen kann, ist die Soziotherapie abubrechen. Entsprechendes gilt bei vorzeitigem Erreichen der Therapieziele.

§ 4

Genehmigung von Sozialtherapie

- (1) Mit Ausnahme der Verordnung nach § 4 Abs. 3 dieses Vertrages bedarf jede Verordnung von Sozialtherapie der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse des Versicherten. Leistungen der Sozialtherapie werden von der Krankenkasse nur genehmigt, wenn eine ordnungsgemäß ausgefüllte ärztliche Verordnung gemäß Muster 26 (**vgl. Anlage 4**) vorliegt. Grundlage hierfür sind die in den Richtlinien gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 i.V.m. § 37 a Abs. 2 SGB V beschriebenen Bestimmungen. Beizufügen ist der sozialtherapeutische Behandlungsplan gemäß Muster 27 (**vgl. Anlage 5**), der vom zur Verordnung berechtigten Arzt, 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 Behandlungsplan frei. Der Leistungserbringer gibt dort oder auf einer Anlage zu dem sozialtherapeutischen Behandlungsplan die Gründe hierfür an. Änderungen oder Ergänzungen vertragsärztlicher Verordnungen bedürfen der Unterschrift des zur Verordnung berechtigten Arztes.
- (2) Art, Umfang und Dauer der vom Leistungserbringer zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus der Genehmigung der jeweiligen Krankenkasse. Die Grundlagen hierfür bilden die Verordnung des zur Verordnung berechtigten Vertragsarztes und der erstellte Behandlungsplan.
- (3) Ist der Versicherte nicht in der Lage, einen zur Verordnung berechtigten Arzt selbständig in Anspruch zu nehmen, kann der behandelnde Arzt einen sozialtherapeutischen Leistungserbringer per Verordnung hinzuziehen. Diese Verordnung erfolgt gemäß Muster 28 (**vgl. Anlage 6**) und umfasst maximal drei Therapieeinheiten. Sie bedarf nicht der Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse. Ziel dieser Verordnung ist die Motivierung des Patienten, den zur Verordnung von Sozialtherapie berechtigten Arzt aufzusuchen.
- (4) Es können vom zur Verordnung berechtigten Arzt bis zu fünf Probestunden zur Abklärung der Therapiefähigkeit des Patienten und zur Erstellung des sozialtherapeutischen Behandlungsplanes verordnet werden. Diese bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse. Die Probestunden werden in jedem Fall auf den Höchstanspruch pro Versicherten von 120 Stunden innerhalb von 3 Jahren je Krankheitsfall angerechnet.
- (5) Kann die Durchführung der verordneten Leistungen nicht mehr gewährleistet oder das Behandlungsziel nicht mehr erreicht werden, informiert der Leistungserbringer – unabhängig von den, dem Vertragsarzt obliegenden Verpflichtungen auf Grundlage der Richtlinien gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V - die zuständige Krankenkasse und den behandelnden Vertragsarzt unverzüglich. Entsprechendes gilt bei vorzeitigem Erreichen der Therapieziele.

§ 5

Vorläufige Kostenzusage

Die Krankenkasse übernimmt vom ärztlich festgelegten Leistungsbeginn an bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vom zur Verordnung

berechtigten Vertragsarzt verordneten und vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen, wenn die ordnungsgemäß ausgefüllte Verordnung zusammen mit dem soziotherapeutischen Betreuungsplan am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der zuständigen Krankenkasse vorliegt.

§ 6 Zahlungen

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 und zum Entzug der Zulassung (vgl. § 12 Absatz 2 des Vertrages).

§ 7 Leistungsinhalt

- (1) Folgende Leistungen sind nach § 37 a Abs. 2 in Verbindung mit den Richtlinien gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in jedem Fall zu erbringen:
 - Erstellung des soziotherapeutischen Betreuungsplans
 - Koordination von Behandlungsmaßnahmen und Leistungen
 - Arbeit im sozialen Umfeld
 - Soziotherapeutische Dokumentation (gemäß Muster der Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 1 Abs. 1 dieses Vertrages)
- (2) Folgende Leistungen können nach § 37 a Abs. 2 in Verbindung mit den Richtlinien gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V 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

§ 8 Soziotherapeutischer Betreuungsplan

- (1) Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist das Ergebnis eines Abstimmungsgesprächs zwischen verordnendem Arzt, soziotherapeutischem Leistungserbringer und Patient.
- (2) In der ärztlichen Verordnung und im soziotherapeutischen Betreuungsplan müssen enthalten sein:

- Anamnese,
- Diagnose,
- aktueller Befund mit Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen des Patienten und Schweregrad gemäß GAF,
- die angestrebten Therapieziele und die erforderlichen Teilschritte (Nahziel und Fernziel),
- die zur Erreichung der Therapieziele vorgesehenen therapeutischen Maßnahmen,
- die zeitliche Strukturierung der therapeutischen Maßnahmen,
- Prognose

§ 9

Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Arzt

- (1) Zur Sicherstellung der Leistungserbringung wirkt der Leistungserbringer mit dem verordnenden Arzt und der jeweiligen Krankenkasse eng zusammen.
- (2) Der Leistungserbringer, der verordnende Arzt und der Patient stimmen sich entsprechend der Soziotherapie-Richtlinien (vgl. Nr. 24) in regelmäßigen Zeitabständen ab, um die soziotherapeutischen Leistungen unter Berücksichtigung des Therapieverlaufs hinsichtlich der Therapiefähigkeit anzupassen.

§ 10

Werbung, Einflussnahme- und Vermittlungsverbot

- (1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Krankenkasse beziehen.
- (2) Die Annahme von Aufträgen zum Zwecke der Weitergabe (Vermittlung an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile) ist unzulässig. Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die regelmäßige Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Aufträgen an Dritte gegen Kostenerstattung.
- (3) Die Versicherten haben die Wahl unter den zugelassenen Leistungserbringern. Auf diese Wahlfreiheit darf der Leistungserbringer keinen Einfluss nehmen. Wird ein anderer als einer der nächsterreichbaren Leistungserbringer in Anspruch genommen, werden eventuell entstehende Mehrkosten von der Krankenkasse nicht übernommen.

§ 11

Datenschutz, Schweigepflicht

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X 2. Kapitel) zu beachten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.

- (2) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der leistungspflichtigen Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich sind.
- (3) Der Leistungserbringer hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Datenschutzbestimmungen und der Schweigepflicht zu verpflichten. Die Verpflichtung ist zu dokumentieren.

§ 12 Vertragsverstöße

- (1) Bei Verstoß gegen Vertragspflichten kann die betroffene Krankenkasse oder die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände
 - eine Verwarnung oder
 - Abmahnungaussprechen.
- (2) Wenn der Leistungserbringer seine gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Versicherten oder deren Kostenträgern derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten an dem Vertrag nicht zumutbar ist, kann der Vertrag fristlos gekündigt werden (vgl. § 18 Absatz 2 des 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 Leistungen,
 - bei der Forderung oder Annahme von Zuzahlungen vom Versicherten zu den Vertragsleistungen (vgl. § 6 des Vertrages) oder
 - wiederholter oder schwerer Verstoß gegen Datenschutzbestimmungen (vgl. § 11 des Vertrages).
- (3) Schadenersatzansprüche bleiben davon unberührt.

Kapitel II - Abrechnungsverfahren -

§ 13 Institutionskennzeichen

- (1) Jeder Leistungserbringer verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit den Krankenkassen verwendet. Für jede Filiale, Zweigstelle etc. ist ein gesondertes IK zu führen. Sonstige Leistungserbringer, die über kein IK verfügen, verfahren gemäß § 302 SGB V.

- (2) Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr.111, 53757 St. Augustin, zu beantragen.

Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der SVI unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die Krankenkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.

- (3) Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist der zuständigen Krankenkasse bei Vertragsabschluss mitzuteilen. Abrechnungen mit den Krankenkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK.

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 unbekannten IK.

Die unter dem gegenüber den Krankenkassen verwandten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die Krankenkassen. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von den Krankenkassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.

§ 14 Abrechnungsregelung

- (1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit den sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Bis zu dem von der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen vorgegebenden Zeitpunkt der Umsetzung erfolgt die Rechnungslegung entsprechend den Bestimmungen der nachfolgenden Absätze.

- (2) Die Rechnungen sind bei den von den Krankenkassen genannten Abrechnungsstellen einzureichen. Die nach diesem Vertrag zu vergütenden Leistungen sind vom Leistungserbringer grundsätzlich im Folgemonat nach Abschluss der Behandlung mit der Krankenkasse abzurechnen. Dabei sind der vertragsärztlichen Verordnung (Muster 26) sowohl der soziotherapeutische Betreuungsplan als auch die Dokumentation beizufügen. Abgerechnet werden dürfen nur genehmigte, tatsächlich erbrachte und dokumentierte Leistungen.

- (3) Die Abrechnung ist getrennt nach

- Mitgliedern (ohne Rentner) „M“
- Familienangehörigen dieser Mitglieder „F“
- Rentnern und deren Familienangehörigen „R“

zu erstellen.

- (4) Die Krankenkasse überweist die Beträge für ordnungsgemäße Abrechnungen innerhalb von 4 Wochen nachdem die Rechnung bei der von der Krankenkasse benannten Abrechnungsstelle eingegangen ist. Bei Zahlung

durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

- (5) Die Krankenkassen sind zur Begleichung der Rechnung nur verpflichtet, sofern eine Anspruchsberechtigung besteht.
- (6) Beanstandungen müssen innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden.
- (7) Sofern die Abrechnung vom Leistungserbringer einer Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle übertragen werden soll, hat der Leistungserbringer unter besonderer Berücksichtigung der von ihr getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und der einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen die Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle auszuwählen.
- (8) Zahlungen an eine Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Krankenkasse, wenn die Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle Originalabrechnungsunterlagen (Verordnung, Abrechnung) einreicht und der Krankenkasse eine Ermächtigungserklärung des Leistungserbringers dieses Vertrages vorliegt, es sei denn, der Krankenkasse liegt bei Eingang der Abrechnungsunterlagen ein schriftlicher Widerruf des Leistungserbringers vor. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehungen zwischen der Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet sind.

Schädigt die Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle anlässlich der Abrechnung die Krankenkasse, so haften die Leistungserbringer und die Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle gesamtschuldnerisch.

Der Leistungserbringer hat sicherzustellen, dass mit dem der Krankenkasse mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Ermächtigungserklärung, Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung mehr zugunsten der gemeldeten Abrechnungsstelle besteht.

Forderungen der Krankenkasse gegen den Leistungserbringer können gegenüber demselben und der Abrechnungsstelle aufgerechnet werden.

- (9) Sollte die Krankenkasse das Belegleseverfahren einführen, sind die dazu erforderlichen Rechnungsvordrucke zu verwenden.
- (10) Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OHG), dem Bundesseuchengesetz (BSeuchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform für die Krankenkasse zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der Abrechnung gesondert beizufügen.
- (11) Rechnungen, die den Anforderungen nach den Absätzen 1 bis 10 und § 13 nicht entsprechen, können von der Krankenkasse berichtigt oder zur Berichtigung zurückgegeben werden.

§ 15

Aufbewahrungsfrist der Soziotherapeutischen Dokumentation

Die Aufbewahrungsfrist für die Dokumentation beträgt 5 Jahre nach Ende des Kalenderjahres der Leistungserbringung.

Kapitel III

- Vergütung -

§ 16

Vergütung

- (1) Die Höhe der Vergütung an die Leistungserbringer nach § 2 für eine Soziotherapieeinheit (60 Minuten) ergibt sich aus **Anlage 7**, die Bestandteil dieses Vertrages ist.
- (2) Die Rechnungen sind – vorbehaltlich einer abschließenden Rechnungsprüfung – grundsätzlich innerhalb von 28 Kalendertagen nach Eingang bei der zuständigen Krankenkasse oder der von ihr benannten Abrechnungsstelle zu bezahlen. Bei Rechnungskürzung gilt dies auch für den unstreitigen Rechnungsbetrag. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut.

Kapitel IV

- Inkrafttreten und Kündigung -

§ 17

Inkrafttreten

Der Vertrag tritt am **01. Dezember 2003** in Kraft.

§ 18

Kündigung

- (1) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner unter Angabe des Grundes mit sechswöchiger Frist zum Ende eines Quartals ganz oder teilweise gekündigt werden (ordentliche Kündigung). Die Kündigung kann nur mit eingeschriebenem Brief an die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände bzw. die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Bayern erfolgen.

- (2) In den Fällen des § 2 Abs. 1 Satz 3 der Vereinbarung endet der Vertrag ohne dass es einer Kündigung bedarf, mit dem Tag, der dem Tag folgt, an dem die Voraussetzungen nach § 1 der Vereinbarung ganz oder teilweise weggefallen sind.

§ 19

Kündigung der Vergütungsvereinbarung

- (1) Die Vergütungsvereinbarung nach § 16 der Vereinbarung (**vgl. Anlage 7**) kann losgelöst von dem bestehenden Vertrag mit einer sechswöchigen Frist zum Ende eines Quartals ganz oder teilweise gekündigt werden. Die Kündigung kann nur mit eingeschriebenem Brief an die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern bzw. die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Bayern erfolgen.
- (2) Die Vergütungsvereinbarung gilt solange weiter, bis neue Vergütungssätze vereinbart sind.

§ 20

Einstellung des Betriebes

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern c/o AOK Bayern vor der beabsichtigten vollständigen oder teilweisen Einstellung seiner Tätigkeit nach diesem Vertrag rechtzeitig, spätestens 6 Wochen vorher, schriftlich oder vorab per Telefax zu unterrichten.
- (2) Den betroffenen Krankenkassen sind in den Fällen des Abs. 1 Name und Versichertennummer der betroffenen Versicherten, die bei ihr versichert sind, mitzuteilen.

§ 21

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen 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.

Unterschriftenblatt

Datum:

Für die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Bayern

Arbeiterwohlfahrt
Landesverband Bayern e.V.

Deutscher Caritasverband
Landesverband Bayern e.V.

Diakonisches Werk
Landesverband der Inneren Mission e.V.

Bayerisches Rotes Kreuz
Landesgeschäftsstelle

Paritätischer Wohlfahrtsverband
Landesverband Bayern e.V.

Für die Krankenkassen

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
-Landesvertretung Bayern-

BKK Landesverband Bayern

Bundesknappschaft
-Verwaltungsstelle München-

IKK Bayern

Funktioneller Landesverband der
Landwirtschaftlichen Krankenkassen
und Pflegekassen in Bayern
(LdL/LdLP)

Verband der Angestellten-
Krankenkassen e.V.
-Landesvertretung Bayern-

Anlagen zum Rahmenvertrag gemäß § 132 b i. V. m. § 37 a SGB V

Anlage 1 zu § 1 Abs. 3:

- Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Sozialtherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Sozialtherapie-Richtlinien)

Anlage 2 zu § 1 Abs. 3:

- Empfehlungen gemäß § 132 b Abs. 2 SGB V

Anlage 2 a zu § 1 Abs. 2:

- Übergangsregelung zu den gemeinsamen Empfehlungen nach § 132 b Abs. 2 SGB V zur Qualifikation der Leistungserbringer

Anlage 3 zu § 2 Abs. 3:

- Aufstellung über die beitretenen bzw. zugelassenen Leistungserbringer

Anlage 4 zu § 4 Abs. 1:

- Ärztliche Verordnung: Muster 26

Anlage 5 zu § 4 Abs. 1:

- Sozialtherapeutischer Behandlungsplan: Muster 27

Anlage 6 zu § 4 Abs. 3:

- Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Sozialtherapie: Muster 28

Anlage 7 zu §§ 16 und 19:

- Vergütungsvereinbarung

Richtlinien

des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Sozialtherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Sozialtherapie-Richtlinien)

in der Fassung vom 23. August 2001
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 217 (S. 23735)
vom 21. November 2001

Inkrafttreten: 1. Januar 2002

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat in seiner Sitzung am 23. August 2001 die nachstehenden Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien) beschlossen:

Diese Richtlinien regeln Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung mit Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 37 a SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V. Dazu gehören auch Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Erbringer der soziotherapeutischen Leistung (Leistungserbringer).

I Grundlagen und Ziele

1. Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie nach § 37 a SGB V soll ihnen die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen. Sie soll dem Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; der Patient soll in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen. Sie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen.
2. Soziotherapie kann verordnet werden, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. Die Erbringung von Soziotherapie erfolgt bedarfsgerecht und ist an einer wirtschaftlichen Mittelverwendung zu orientieren. Bei der Verordnung von Soziotherapie sind die in Abschnitt II festgelegten Indikationen und Kriterien zu beachten.
3. Die Durchführung der Soziotherapie setzt einen mit dem verordnenden Arzt und dem Patienten abgestimmten und vom soziotherapeutischen Leistungserbringer zu erstellenden soziotherapeutischen Betreuungsplan voraus, mit dessen Hilfe die verschiedenen Elemente und Ziele des ärztlichen Behandlungsplans erreicht werden sollen.
4. Soziotherapie findet überwiegend im sozialen Umfeld des Patienten statt.
5. Soziotherapie umfasst die Koordination der im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplans festgelegten Maßnahmen.
6. Soziotherapie unterstützt einen Prozess, der dem Patienten einen besseren Zugang zu seiner Krankheit ermöglicht, indem Einsicht, Aufmerksamkeit, Initiative, soziale Kontaktfähigkeit und Kompetenz gefördert werden.
7. Für die medizinische Behandlung relevante Informationen, die der soziotherapeutische Leistungserbringer durch die Betreuung des Patienten gewinnt, sollen durch die Zusammenarbeit zwischen ihm und dem verordnenden Arzt für die Behandlung nutzbar gemacht werden.

II Indikation, Therapiefähigkeit

8. Indikation für Soziotherapie ist gegeben bei Vorliegen einer schweren psychischen Erkrankung gemäß Nr. 9. mit Fähigkeitsstörungen aus allen in Nr. 10. aufgeführten Bereichen und einem Schweregrad gemäß Nr. 11.
9. Schwere psychische Erkrankungen in diesem Sinne sind solche aus den Bereichen des schizophrenen Formenkreises (ICD-10-Nrn.: F 20.0 – 20.6 (Schizophrenie), 21 (schizotype Störung), 22 (anhaltende wahnhafte Störung), 24 (induzierte wahnhafte Störung) und 25 (schizoaffektive Störung)) und der affektiven Störungen (ICD-10-Nrn.: F 31.5 (gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung), 32.3 (schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen) und 33.3 (gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung)).
10. Die Erkrankungen, die der Soziotherapie bedürfen, sind gekennzeichnet durch folgende Fähigkeitstörungen:
 - Beeinträchtigung durch Störungen des Antriebs, der Ausdauer und der Belastbarkeit, durch Unfähigkeit zu strukturieren, durch Einschränkungen des planerischen Denkens und Handelns sowie des Realitätsbezuges
 - Störungen im Verhalten mit Einschränkung der Kontaktfähigkeit und fehlender Konfliktlösungsfähigkeit
 - Einbußen im Sinne von Störungen der kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration und Merkfähigkeit, der Lernleistungen sowie des problemlösenden Denkens
 - Mangelnde Compliance im Sinne eines krankheitsbedingt unzureichenden Zugangs zur eigenen Krankheitssymptomatik und zum Erkennen von Konfliktsituationen und Krisen.
11. Die Schwere der Fähigkeitsstörungen wird anhand der GAF¹ Skala gemessen. Bei Verordnung von Soziotherapie darf deren Wert 40 nicht überschreiten.
12. Soziotherapie setzt voraus, daß der Patient die Therapieziele erreichen kann. Deshalb soll der Patient über die hierzu notwendige Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit verfügen und in der Lage sein, einfache Absprachen einzuhalten.
Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn beim Patienten keine langfristige Verminderung der in Nr. 10. genannten Fähigkeitsstörungen und kein längerfristig anhaltendes Erreichen der soziotherapeutischen Therapieziele zu erwarten ist.

¹ Global Assessment of Functioning Scale in: Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-III-R.-Weinheim; Basel: Beltz, 1989.

III Leistungsinhalt

Soziotherapie umfasst die im Folgenden aufgeführten Leistungen, welche den Patienten zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder ärztlich verordneter Maßnahmen befähigen sollen:

13. Folgende Leistungen sind in jedem Fall zu erbringen:

13.1 Erstellung des soziotherapeutischen Behandlungsplans

Verordnender Arzt, soziotherapeutischer Leistungserbringer und Patient wirken bei der Erstellung des soziotherapeutischen Behandlungsplans zusammen.

13.2 Koordination von Behandlungsmaßnahmen und Leistungen

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

13.3 Arbeit im sozialen Umfeld

Der soziotherapeutische Leistungserbringer analysiert die häusliche, soziale und berufliche Situation des Patienten und kann zur Unterstützung Familienangehörige, Freunde und Bekannte einbeziehen. Um die Therapieziele zu erreichen, kann er den Patienten an komplementäre Dienste heranziehen.

13.4 Soziotherapeutische Dokumentation

Der soziotherapeutische Leistungserbringer dokumentiert fortlaufend Ort, Dauer und Inhalt der Arbeit mit und für den Patienten und die Entwicklung des Patienten.

Die soziotherapeutische Dokumentation enthält insbesondere Angaben zu:

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

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

14.1 Motivations- (antriebs-) relevantes Training

Mit dem Patienten werden praktische Übungen zur Verbesserung von Motivation, Belastbarkeit und Ausdauer durchgeführt. Sie finden im Lebensumfeld des Patienten statt.

14.2 Training zur handlungsrelevanten Willensbildung

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

14.3 Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung

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

14.4 Hilfe in Krisensituationen

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

IV Verordnung und Leistungsumfang

- 15.** Die Befugnis zur Verordnung von Soziotherapie bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn der Antragsteller nachweist, dass er die im Folgenden aufgeführten Voraussetzungen erfüllt.

Der die Soziotherapie verordnende Arzt muß in der Lage sein, die Indikation für die Soziotherapie (einschließlich der Feststellung, ob dadurch ggf. Krankenhausbehandlung vermieden werden kann) zu stellen, deren Ablauf und Erfolg zu kontrollieren und in Absprache mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer gegebenenfalls notwendige fachliche Korrekturen am soziotherapeutischen Betreuungsplan vorzunehmen. Die Verordnung von Soziotherapie dürfen daher Ärzte vornehmen, die berechtigt sind, die Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde zu führen. Zusätzlich ist deren Erklärung über die Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen notwendig.

- 16.** Andere Vertragsärzte können den Patienten zu einem gemäß Nr. 15. qualifizierten Arzt überweisen, wenn sie den begründeten Verdacht haben, dass bei diesem Patienten eine der in Abschnitt II beschriebenen Indikationen vorliegt und er aufgrund dessen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen und wenn durch die Verordnung von Soziotherapie Krankenhausbehandlung vermieden werden kann.
- 16.1** Kommt der überweisende Arzt aufgrund seiner Kenntnis des Einzelfalles zu der Auffassung, dass der Patient nicht in der Lage ist, diese Überweisung selbständig in Anspruch zu nehmen, kann der Arzt einen soziotherapeutischen Leistungserbringer per Verordnung hinzuziehen. Diese Verordnung erfolgt auf dem hierfür vereinbarten Vordruck (Muster 28).
- 16.2** Ziel dieser Verordnung ist die Motivierung des Patienten, die Überweisung wahrzunehmen. Zur Erreichung dieses Zieles stehen dem soziotherapeutischen Leistungserbringer maximal drei Therapieeinheiten zur Verfügung. Diese werden auf das Gesamtkontingent der Soziotherapie angerechnet, wenn es zur Verordnung von Soziotherapie gemäß Nr. 15. kommt.
- 16.3** Lässt es sich nicht erreichen, dass der Patient die Überweisung zu einem Arzt nach Nr. 15. wahrnimmt oder kommt es nicht zur Verordnung von Soziotherapie durch einen in Nr. 15. genannten Arzt, sind die maximal drei vom soziotherapeutischen Leistungserbringer erbrachten Therapieeinheiten dennoch be-

rechnungsfähig. Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt auf dem oben genannten Vordruck.

17. Die Dauer und die Frequenz der soziotherapeutischen Betreuung sind abhängig von den individuellen medizinischen Erfordernissen. Es können insgesamt höchstens bis zu 120 Stunden je Krankheitsfall innerhalb eines Zeitraumes von höchstens drei Jahren erbracht werden. Unter einem Krankheitsfall im Sinne dieser Richtlinie ist eine Phase der Behandlungsbedürftigkeit bei einer der in Abschnitt II aufgeführten Indikationen von bis zu drei Jahren zu verstehen.
- 17.1 Vor der ersten Verordnung nach Nr. 15. können bis zu 5 Probestunden verordnet werden, die auf diese Verordnung angerechnet werden. Die Verordnung von Probestunden zur Abklärung der Therapiefähigkeit des Patienten und Erstellung des soziotherapeutischen Behandlungsplans kann maximal zweimal pro Jahr für einen Versicherten erfolgen. Verordnungen gemäß Nr. 15. können jeweils bis maximal 30 Therapieeinheiten ausgestellt werden. Verordnet werden dürfen nur so viele Therapieeinheiten, wie zur Erreichung des Therapiezieles oder bis zur Feststellung, dass dieses nicht erreichbar sein wird, erforderlich scheinen.
- 17.2 Eine Soziotherapieeinheit umfasst 60 Minuten. Die Therapieeinheiten können in kleinere Zeiteinheiten maßnahmebezogen aufgeteilt werden. Dies ist in der soziotherapeutischen Dokumentation (Zeitaufwand) entsprechend zu vermerken.
- 17.3 Soziotherapie wird in der Regel als Einzelmaßnahme erbracht. Soziotherapie kann in Absprache von Arzt und Leistungserbringer in besonderen Fällen auch in gruppentherapeutischen Maßnahmen erbracht werden. Dabei kann die Gruppengröße je nach Zielsetzung einer Sitzung bis zu 12 Teilnehmer umfassen. Bei gruppentherapeutischen Maßnahmen umfasst die Soziotherapieeinheit 90 Minuten. Dadurch darf jedoch das maximale Gesamtkontingent für Soziotherapie von 120 Zeitstunden nicht überschritten werden.
18. Der Arzt unterstützt den Patienten bei der Auswahl des geeigneten soziotherapeutischen Leistungserbringers gemäß § 132 b SGB V. Der verordnende Arzt nimmt Kontakt mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer auf und bespricht die Patientenproblematik und die sich daraus ergebende Betreuung.
19. Der soziotherapeutische Behandlungsplan ist das Ergebnis eines Abstimmungsgespräches zwischen verordnendem Arzt, soziotherapeutischem Leistungserbringer und Patient. Nach Abschluss der Probestunden ist der soziotherapeutische Behandlungsplan in Zusammenarbeit mit dem verordnenden Arzt auf seine Realisierbarkeit zu überprüfen, ggf. zu ändern oder die Soziotherapie zu beenden.
- 19.1 Im soziotherapeutischen Behandlungsplan müssen enthalten sein:
 - Anamnese
 - Diagnose
 - aktueller Befund mit Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen des Patienten und Schweregrad gemäß GAF

- die angestrebten Therapieziele und die erforderlichen Teilschritte (Nahziel und Fernziel)
 - die zur Erreichung der Therapieziele vorgesehenen therapeutischen Maßnahmen
 - die zeitliche Strukturierung der therapeutischen Maßnahmen
 - Prognose
20. Der Vertragsarzt hat sich über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern. Sollte sich im Verlauf der Behandlung herausstellen, dass der Patient nicht geeignet ist oder die definierten Therapieziele nicht erreichen kann, ist die Soziotherapie abubrechen. Entsprechendes gilt bei vorzeitigem Erreichen der Therapieziele. Der Vertragsarzt teilt dies unverzüglich unter Angabe der Gründe der Krankenkasse mit.
21. Informiert ein Krankenhaus den Vertragsarzt gemäß Nr. 15. über die Möglichkeit, einen Versicherten vorzeitig zu entlassen, hat der Vertragsarzt ggf. unter Hinzuziehung eines soziotherapeutischen Leistungserbringers zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Verordnung von Soziotherapie erfüllt sind.
22. Wird während der Soziotherapie eine stationäre Behandlung notwendig, die die Weiterführung der Soziotherapie nach dem Betreuungsplan nicht möglich macht, umfasst die Soziotherapie auch den Kontakt mit dem Patienten, um eine frühestmögliche Entlassung zu erreichen und in Absprache mit dem verordnenden Vertragsarzt die Wiederaufnahme und Weiterführung der Soziotherapie sicherzustellen.

V Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer

23. Zur Sicherstellung der Leistungserbringung wirkt der Vertragsarzt mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer und der Krankenkasse des Versicherten eng zusammen und koordiniert die dafür erforderliche Zusammenarbeit.
24. Leistungserbringer, verordnender Arzt und Patient stimmen sich in regelmäßigen Zeitabständen ab, mindestens jeden zweiten Monat, obligat vor und nach den 5 Probestunden sowie vor jeder Folgeverordnung, um die soziotherapeutischen Leistungen unter Berücksichtigung des Therapieverlaufs hinsichtlich der Therapieziele anzupassen.

VI Genehmigung von Soziotherapie

25. Mit Ausnahme der Verordnung nach 16.1 (bis zu 3 Stunden) bedarf jede Verordnung von Soziotherapie der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse des Versicherten. Dazu ist der soziotherapeutische Betreuungsplan gemäß Muster 27 vorzulegen. Wurden Probestunden verordnet, ist bei der ggf. folgenden Verordnung von Soziotherapie der soziotherapeutische Betreuungsplan gemäß Muster 27 zusammen mit der Verordnung für die Probestunden vorzulegen.

26. 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 Nr. 19.1 zu übermitteln. Werden verordnete Soziotherapieeinheiten nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, ist der verordnende Vertragsarzt unverzüglich unter Angabe der Gründe über die Entscheidung der Krankenkasse zu informieren.
27. Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vom Vertragsarzt verordneten und vom soziotherapeutischen Leistungserbringer erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132 b Abs. 1 SGB V, wenn die Verordnung spätestens am dritten – der Ausstellung folgenden – Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.

VII Inkrafttreten

Diese Richtlinien treten am 1. Januar 2002 in Kraft.

Siegburg, den 23. August 2001

Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen

Der Vorsitzende

Jung

AOK-Bundesverband, Bonn-Bad Godesberg
Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen
IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
See-Krankenkasse, Hamburg
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
Bundeskknappschaft, Bochum
Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg
AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg

**Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß
§ 132b Abs. 2 SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für
Soziotherapie**

in der Fassung vom 29. November 2001

Inhaltsverzeichnis

- 1 Allgemeines**
- 2 Voraussetzungen für den Abschluss eines Vertrages**
- 3 Nachweise**
- 4 Berufspraktische Erfahrungszeit**
- 5 Besondere Kenntnisse**
- 6 Organisationsformen**
- 7 Räumliche Mindestvoraussetzungen**
- 8 Soziotherapeutische Dokumentation**
- 9 Qualitätssicherung**

1 Allgemeines

Die Empfehlungen haben zum Ziel, durch einheitliche Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie eine qualitätsgesicherte, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen mit Soziotherapie zu gewährleisten.

Nach § 132b Abs. 1 SGB V können auf der Grundlage dieser Empfehlungen und unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37a Abs. 2 in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen Verträge mit geeigneten Personen oder Einrichtungen schließen, soweit ein solcher Vertrag für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist.

2 Voraussetzungen für den Abschluss eines Vertrages

Ein Vertrag mit einem Leistungserbringer für Soziotherapie kann nur geschlossen werden, wenn die Tätigkeit spätestens 1 Jahr nach Vertragsabschluss hauptberuflich ausgeübt wird.

2.1 Berufsgruppen

Angehörige folgender Berufsgruppen können Soziotherapie erbringen:

- Diplom-SozialarbeiterInnen/-SozialpädagogInnen
- Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie

2.2 Berufspraxis

Ein Vertrag mit einem Leistungserbringer für Soziotherapie kann nur geschlossen werden, wenn der Nachweis einer vorherigen mindestens dreijährigen psychiatrischen Berufspraxis, davon mindestens ein Jahr in einem allgemein-psychiatrischen Krankenhaus mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung, erbracht ist.

2.3 Die Leistungserbringer für Soziotherapie müssen Folgendes nachweisen:

- Kenntnisse der psychiatrischen Erkrankungen (Krankheitsbilder, Verlauf, Behandlungsmethoden)
- 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 in Rechtskunde, insbesondere im Hinblick auf die Betreuung von psychisch Kranken

2.4 Der Leistungserbringer für Soziotherapie muss in ein gemeindepsychiatrisches Verbundsystem oder vergleichbare Versorgungsstrukturen eingebunden sein.

3 Nachweise

Für einen Vertrag sind die notwendigen Voraussetzungen wie folgt zu belegen bzw. nachzuweisen:

3.1 Ausbildung/Weiterbildung

Beglaubigte Abschrift/Kopie der jeweiligen Urkunde zum Führen der Berufsbezeichnung; bei Fachpflegekräften für Psychiatrie zusätzlich der Nachweis

über die erfolgreiche Teilnahme an der Fachweiterbildung für Psychiatrie.

- 3.2 **Berufspraktische Erfahrungszeit**
Arbeitsbescheinigungen oder Zeugnisse über Art, Inhalt und Zeitraum der jeweiligen Tätigkeiten sowie Angaben über die jeweiligen Arbeitsstätten (Einrichtungen).
- 3.3 **Besondere Kenntnisse**
Detaillierter Nachweis über die theoretische Ausbildung und die praktischen Kenntnisse zu den Anforderungen nach Punkt 2.3 (siehe auch Pkt. 5).
- 3.4 **Gemeindepsychiatrisches Verbundsystem oder vergleichbare Versorgungsstrukturen**
Erklärung oder Vertrag über die Einbindung in das gemeindepsychiatrische Verbundsystem oder in vergleichbare Versorgungsstrukturen.
- 3.5 **Räumliche Gegebenheiten**
Dass entsprechende Räume vorhanden sind, ist durch Vorlage von schriftlichen Verträgen oder Vereinbarungen nachzuweisen.
- 3.6 **Soziotherapeutische Dokumentation**
Erklärung über die Führung der soziotherapeutischen Dokumentation unter Einhaltung der Berufsgeheimnisse.
- 3.7 **Führungszeugnis**
Behördliches Führungszeugnis gemäß § 30 BZRG.
- 4 Berufspraktische Erfahrungszeit**
 - 4.1 **Anrechenbare Erfahrungszeit**
 - 4.1.1 Die berufspraktische Erfahrungszeit von mindestens drei Jahren in einer un- selbstständigen vollzeitlichen Beschäftigung muss innerhalb von 10 Jahren vor Abschluss eines Vertrages abgeleistet sein. Als vollzeitlich ist dabei die übliche für diese Berufsgruppen im öffentlichen Dienst tarifvertraglich geltende Arbeitszeit anzusehen. Unselbständige Teilzeitbeschäftigungen von

mindestens 15 Wochen Arbeitsstunden sind entsprechend ihrer wöchentlichen Arbeitszeit zu berücksichtigen. Zur berufspraktischen Erfahrungszeit zählen nur therapeutische Tätigkeiten nach dem erfolgreichen Abschluss der Berufsausbildung. Die Zeit der Weiterbildung zur Fachkrankenpflege für Psychiatrie wird bei der Berechnung der berufspraktischen Erfahrungszeit berücksichtigt.

4.1.2 Die berufspraktische Erfahrungszeit von mindestens drei Jahren ist auch erfüllt, wenn diese länger als 10 Jahre zurückliegt, der für die Erbringung von Soziotherapie in Frage kommende Leistungserbringer jedoch in den letzten 10 Jahren in geeigneten Einrichtungen tätig war und diese Tätigkeiten (z. B. als freier Mitarbeiter, selbständig Tätiger oder in geringfügiger Beschäftigung) vom zeitlichen Umfang her einer dreijährigen vollzeitlichen unselbständigen Tätigkeit entspricht.

4.1.3 Die berufspraktische Erfahrungszeit im Ausland wird der deutschen gleichgestellt, wenn sie in einer geeigneten Einrichtung (vgl. 4.3) abgeleistet wurde. Bei Ausbildung im Ausland kann diese nur anerkannt werden, wenn die Erlaubnis zur Führung der deutschen Berufsbezeichnung ohne Auflagen (z. B. Nachschulung, Nachpraktikum, Nachprüfung oder ähnlichem) erteilt wurde.

4.2 Nicht anrechenbare Erfahrungszeit

Als Erfahrungszeit können u. a. nicht angerechnet werden:

- Die Vorpraktikantenzeit und die Praktikantenausbildung bzw. die gesetzlich vorgeschriebene praktische Tätigkeit.
- Tätigkeiten, die der deutschen Anerkennung einer ausländischen Ausbildung und der damit verbundenen Erlaubnis zur Führung der deutschen Berufsbezeichnung vorausgehen, soweit die ausländische Berufsausbildung nur mit Auflagen (wie z. B. Nachschulung, Nachpraktikum, Nachprüfung oder ähnlichem) anerkannt wurde.
- Zeiten einer sozialversicherungsfreien Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 SGB IV, wenn es sich um einen unter Ziffer 4.1.1 genannten Fall handelt.
- Zeiten der Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht (z. B. Grundwehrdienst, Zivildienst).
- Zeiten des Erziehungsurlaubs, es sei denn bei gleichzeitiger Beschäftigung

werden die Grenzen des § 8 SGB IV erreicht bzw. überschritten.

4.3 Geeignete Einrichtungen

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

- Praxen von Fachärzten für Psychiatrie oder Nervenheilkunde mit psychiatrischem Schwerpunkt
- Psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V)
- Allgemein-psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung oder allgemein psychiatrische Abteilungen in Krankenhäusern mit regionaler Versorgungsverpflichtung
- Sozialpsychiatrische Dienste (SPD)
- Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK)
- Tagesstätten für psychisch Kranke und Behinderte
- Übergangs- und Wohneinrichtungen für psychisch Kranke
- Einrichtungen für betreutes Wohnen
- Anbieter der Soziotherapie nach § 37a SGB V mit einem Vertrag nach § 132b Abs. 1 SGB V.

5 Besondere Kenntnisse

5.1 Allgemein

Die Versorgung mit Soziotherapie erfordert von den Leistungserbringern ein hohes Maß spezifischer Kenntnisse (vgl. Punkt 2.3). Die Leistungserbringer haben auf Grund der Unterschiedlichkeit der Studiengänge/ Berufsausbildungen ihre berufliche Qualifikation detailliert nachzuweisen. Sie bezieht die theoretische Ausbildung und die praktischen Kenntnisse sowohl während als auch nach Abschluss der Ausbildung ein. Den Krankenkassen, Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Verbänden der Ersatzkassen sind bei der Überprüfung der Qualifikation der Leistungserbringer die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung behilflich.

5.2 Nachweis

Die erforderlichen Zertifikate für den Nachweis der theoretischen und praktischen Kenntnisse (vgl. Punkt 2.3) sind dem Angebot auf Abschluss eines Vertrages beizufügen; hierzu zählen insbesondere:

- Die theoretische und praktische Ausbildung kann z. B. durch Vorlage des Studienbuches, Leistungsnachweise, Seminarbescheinigungen und auch durch Bescheinigungen über Fortbildungsveranstaltungen von wissenschaftlichen Gesellschaften und Trägern der Ausbildung nachgewiesen werden
- Nachweise über während des Studiums/der Berufsausbildung absolvierte Praktika und Übungen oder auch in den Semesterferien durchgeführte Hospitationen bzw. externe Praktika
- Tätigkeitsnachweise für die Zeit nach Abschluss der Hochschulausbildung/Berufsausbildung
- Aufstellung der in dieser berufspraktischen Tätigkeitszeit erworbenen Kenntnisse nach Punkt 2.3.

6 Organisationsformen

6.1 Natürliche Personen

Natürliche Personen können einen Vertrag zur Erbringung von Sozialtherapie erhalten, soweit sie selbst oder eine bei Ihnen angestellte Person die unter Ziffer 2 beschriebenen Voraussetzungen erfüllen. Die zur Leistungserbringung berechtigten Personen sind im Vertrag zu benennen. Der Vertrag endet, wenn keine Person die Voraussetzungen unter Ziffer 2 erfüllt. Personelle Änderungen sind den Vertragspartnern unverzüglich mitzuteilen.

6.2 Juristische Personen

Die Voraussetzungen unter Ziffer 2 können nur durch natürliche Personen erfüllt werden. Beantragen juristische Personen einen Vertrag zur Erbringung von Sozialtherapie, so ist der Vertrag an die Tätigkeit natürlicher Personen gebunden, welche die in Ziffer 2 beschriebenen Voraussetzungen erfüllen. Die zur Leistungserbringung berechtigten Personen sind im Vertrag namentlich zu benennen. Der Vertrag endet, wenn keine Person die Voraussetzungen unter

Ziffer 2 erfüllt. Personelle Änderungen sind den Vertragspartnern unverzüglich mitzuteilen.

6.3 Partnerschaftsgesellschaften

Partnerschaftsgesellschaften können einen Vertrag zur Erbringung von Sozialtherapie erhalten, wenn der Gesellschaft mindestens 1 Partner angehört, der die unter Ziffer 2 beschriebenen Voraussetzungen erfüllt. Dieser Partner ist in dem Vertrag namentlich zu benennen. Zur Leistungserbringung ist nur die im Vertrag namentlich benannte Person berechtigt. Der Vertrag endet mit dem Ausscheiden dieses Partners aus der Partnerschaftsgesellschaft. Erfüllen mehrere Partner der Gesellschaft die Voraussetzungen nach Ziffer 2, werden diese im Vertrag namentlich benannt. 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.

6.4 BGB-Gesellschaften (GbR)

a) Praxisgemeinschaften

In einer Praxisgemeinschaft schließen sich rechtlich eigenständige Leistungserbringer zur gemeinsamen Nutzung der Praxisausstattung zusammen. Jeder dieser Leistungserbringer kann einen Vertrag zur Erbringung von Sozialtherapie erhalten und die erbrachten Leistungen unter seinem eigenen Institutionskennzeichen abrechnen, soweit er die unter Ziffer 2 beschriebenen Voraussetzungen erfüllt.

b) Gemeinschaftspraxis

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 Ziffer 2 beschriebenen Voraussetzungen erfüllen. Die Leistungserbringer sind im Vertrag namentlich zu benennen.

6.5 Tod des Vertragspartners

Bei Tod des Vertragspartners gilt der Vertrag bis zu 6 Monate fort, wenn die

Leistungserbringung durch eine Fachkraft sichergestellt ist, die die unter Ziffer 2 beschriebenen Voraussetzungen erfüllt.

7 Räumliche Mindestvoraussetzungen

Ein Vertrag kann nur geschlossen werden, wenn die nachfolgenden räumlichen Gegebenheiten erfüllt sind:

- Für Gruppengespräche muss ein geeigneter Raum zu Verfügung stehen. Toilette und Handwaschbecken müssen vorhanden sein.
- Die Raumhöhe muss durchgehend mindestens 2,40 m - lichte Höhe - betragen. Alle Räume müssen ausreichend be- und entlüftbar sowie beheizbar und beleuchtbar sein.
- Ein barrierefreier Zugang sollte möglich sein.

8 Soziotherapeutische Dokumentation

Von dem Leistungserbringer ist eine soziotherapeutische fortlaufende Dokumentation über die Betreuung, insbesondere zu Art und Umfang der durchgeführten Maßnahmen, zu führen. Diese Dokumentation schließt die Berichterstattung an den verordnenden Arzt, die Krankenkasse und ggf. den Medizinischen Dienst ein. Die soziotherapeutische Dokumentation ist der Abrechnung mit der Krankenkasse beizufügen.

Die soziotherapeutische Dokumentation muss vor dem Zugriff von Unberechtigten geschützt werden. Berufsgeheimnisse sind zu berücksichtigen. Ein Muster der soziotherapeutischen Dokumentation ist Anlage dieser gemeinsamen Empfehlungen.

9 Qualitätssicherung

9.1 Verpflichtungen der Leistungserbringer für Soziotherapie

Zur Sicherung der Qualität haben die Leistungserbringer für Soziotherapie folgende Verpflichtungen zu erfüllen:

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

9.2 Nachweis

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

Anlage

Muster der soziotherapeutischen Dokumentation

Soziotherapeutische Dokumentation (Muster)

.....

Name des Patienten

1. Koordinierung von verordneten Leistungen

Verordnete Leistung	Terminvereinbarung mit Leistungserbringer	Anmerkungen zur Durchführung, Probleme	Datum, Handzeichen

2. Soziotherapeutische Maßnahmen (z. B. Motivierung, Anleitung und Unterstützung des Patienten)

Ort, Datum	Dauer	Ziel der Maßnahmen	Inhalt der Maßnahme	Behandlungsverlauf und Entwicklung des Patienten ((Teil-)Zielerreichung)	Handzeichen

3. Zusammenarbeit mit verordnendem Arzt und sonstigen Leistungserbringern

Datum	Besprechung und Zusammenführung von Behandlungsverlauf und -fortschritten	Handzeichen

Anlage 2a

zum Rahmenvertrag gemäß § 132 b SGB V über die Versorgung mit Leistungen der
Soziotherapie gemäß § 37 a SGB V im Freistaat Bayern

Übergangsregelung zu den gemeinsamen Empfehlungen nach § 132 b Abs. 2 SGB V zur Qualifikation der Leistungserbringer

Zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Versorgung mit ambulanten
soziotherapeutischen Leistungen bleiben die Anforderungen an die Qualifikation der
Leistungserbringer nach den Empfehlungen gemäß § 132b Abs. 2 SGB V
grundsätzlich bestehen.

1. Voraussetzung für die Anwendung der Übergangsregelung:

1.1 Ausnahmen hinsichtlich der Qualifikationsanforderungen können im Einzelfall
dann gerechtfertigt sein, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung mit
soziotherapeutischen Leistungen, bezogen auf die jeweilige Region,
ansonsten nicht gewährleistet werden kann.

1.2 Die nachfolgende Ausnahmeregelung gilt für Diplom-SozialarbeiterInnen und
Diplom-SozialpädagogInnen, die den in Punkt 2.2 der gemeinsamen
Empfehlungen geforderten Nachweis einer mindestens einjährigen
Berufspraxis in einem allgemein-psychiatrischen Krankenhaus mit regionaler
Versorgungsverpflichtung nicht erbringen.

2. Eine Zulassung als Leistungserbringer für Soziotherapie kann erhalten, wer:

- innerhalb des Zeitraums vom 01.01.1992 bis zum 01.01.2002 eine
mindestens fünfjährige Vollzeitbeschäftigung im Angestelltenverhältnis (bei
Teilzeitarbeitsverhältnissen sind bei der Ermittlung der fünfjährigen
Vollzeitbeschäftigung entsprechend ihrer vertraglich vereinbarten
wöchentlichen Arbeitszeit zu berücksichtigen)
 - mit Schwerpunkt in der Betreuung und Versorgung psychisch kranker
Menschen in psychiatrischen Institutsambulanzen oder
Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke oder in
Komplementäreinrichtungen der psychosozialen Nachsorge (Kontakt-
und Beratungsstellen, Tagesstätten, Betreutes Wohnen, Übergangs-
und Dauerwohnheime, sozialpsychiatrische Dienste)
 - mit regelmäßiger fachpsychiatrischer Fallsupervision dieser Tätigkeit
(durch einen Nervenarzt, Facharzt für Psychiatrie oder Facharzt für
Psychiatrie und Psychotherapie) im Umfang von mindestens 90
Stunden nachweisen kann

und

- 90 Stunden fachliche Weiterbildung durch einen Nervenarzt, Facharzt für
Psychiatrie oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie innerhalb von
10 Jahren vor Zulassung als soziotherapeutischer Leistungserbringer belegen
kann.

Die übrigen Bestimmungen der Empfehlungen gemäß § 132 b Abs. 2 SGB V
bleiben hiervon unberührt.

3. Für Leistungserbringer, die nach dieser Übergangsregelung einen Vertrag
erhalten haben, gelten die Voraussetzungen unter Punkt 2.2 der gemeinsamen
Empfehlungen gemäß § 132 b Abs. 2 SGB V als erfüllt.
4. Die Übergangsregelung gilt bis zum 31.12.2004.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Köln,

einerseits

und

der AOK-Bundesverband, K.d.ö.R., Bonn,

der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, K.d.ö.R., Essen,

der IKK-Bundesverband, K.d.ö.R., Bergisch Gladbach,

der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, K.d.ö.R., Kassel,

die See-Krankenkasse, K.d.ö.R., Hamburg

und

die Bundesknappschaft, K.d.ö.R., Bochum,

andererseits

vereinbaren die nachstehende

**9. Änderung
der Vereinbarung über Vordrucke
für die vertragsärztliche Versorgung
vom 01. April 1995**

1. Im Inhaltsverzeichnis werden die Punkte 2.26, 2.27 und 2.28 wie folgt neu eingefügt:
 - 2.26 Muster 26 Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V
 - 2.27 Muster 27 Soziotherapeutischer Betreuungsplan
gem. § 37a SGB V
 - 2.28 Muster 28 Verordnung bei Überweisung zur
Indikationsstellung für Soziotherapie

2. In Abschnitt 2 (Vordruckmuster) werden die Nrn. 2.26 bis 2.26.3, 2.27 bis 2.27.3 und 2.28 bis 2.28.3 wie folgt eingefügt und die Nrn. 2.39.4, 2.40 und 2.56 wie folgt geändert:
 - „2.26 **Muster 26: Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V
(Stand: 1.2002)**
 - 2.26.1 Für die Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V ist das beiliegende
Muster 26 zu verwenden.
 - 2.26.2 Das Muster 26 besteht aus einem dreiteiligen Formularsatz mit
Kopfleimung aus selbstdurchschreibendem Papier:
 - Muster 26a Ausfertigung für die Krankenkasse
 - Muster 26b Ausfertigung für den soziotherapeutischen
Leistungserbringer
 - Muster 26c Ausfertigung für den Arzt
 - 2.26.3 Für den Flächendruck des Musters 26a ist hellblaue Farbe zu verwenden,
die Durchschläge 26b und 26c erhalten keinen farbigen Flächendruck.
Nr.1.1.5 gilt entsprechend. Der Formularsatz erhält das Format DIN A4
hoch.

- 2.27 Muster 27: Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V (Stand: 1.2002)**
- 2.27.1 Für den soziotherapeutischen Betreuungsplan gem § 37a SGB V ist das beiliegende Muster 27 zu verwenden.
- 2.27.2 Das Muster 27 besteht aus einem dreiteiligen Formularsatz mit Kopfleimung aus selbstdurchschreibendem Papier:
- | | |
|------------|--|
| Muster 27a | Ausfertigung für die Krankenkasse |
| Muster 27b | Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer |
| Muster 27c | Ausfertigung für den Arzt |
- 2.27.3 Für den Flächendruck des Musters 27a ist hellblaue Farbe zu verwenden, die Durchschläge 27b und 27c erhalten keinen farbigen Flächendruck. Nr.1.1.5 gilt entsprechend. Der Formularsatz erhält das Format DIN A4 hoch.
-
- 2.28 Muster 28: Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie (Stand: 1.2002)**
- 2.28.1 Für die Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie ist das beiliegende Muster 28 zu verwenden.
- 2.28.2 Das Muster 28 besteht aus einem dreiteiligen Formularsatz mit Kopfleimung aus selbstdurchschreibendem Papier:
- | | |
|------------|--|
| Muster 28a | Ausfertigung für die Krankenkasse |
| Muster 28b | Ausfertigung für den soziotherapeutischen Leistungserbringer |
| Muster 28c | Ausfertigung für den Arzt |
- 2.28.3 Für den Flächendruck des Musters 28a ist hellblaue Farbe zu verwenden, die Durchschläge 28b und 28c erhalten keinen farbigen Flächendruck. Nr.1.1.5 gilt entsprechend. Der Formularsatz erhält das Format DIN A4 hoch.“
-
- „2.39.4 **Muster 39a Dokumentationsvordruck für Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frauen (Stand: 1.2002)“**

„2.40 Muster 40a Dokumentationsvordruck für Krebsfrüherkennungsunter-
bis 40b: suchung Männer (Stand: 1.2002)“

„2.56 Muster 56: Antrag auf Förderung von Rehabilitationssport/
Funktionstraining (Stand: 1.2002)“

3. Diese Vereinbarung tritt am 1. Januar 2002 in Kraft.

Vordruck-Erläuterungen für die auf die Soziotherapie-Richtlinien bezogenen Vordruck-Muster

Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V (Muster 26)

1. Die Verordnung von Soziotherapie dürfen Ärzte vornehmen, die berechtigt sind, die Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde zu führen. Zusätzlich ist deren Erklärung über die Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen notwendig.
2. Indikation für Soziotherapie ist gegeben bei Vorliegen einer schweren psychischen Erkrankung gem. Nr. 9. der Soziotherapie-Richtlinien mit Fähigkeitsstörungen aus allen in Nr. 10. der Soziotherapie-Richtlinien aufgeführten Bereichen und einem Schweregrad gemäß Nr. 11. der Soziotherapie-Richtlinien.
3. Diese Angaben sind auf dem Vordruck-Muster vom verordnenden Arzt zu machen. Weiterhin soll sich der verordnende Arzt zur Prognose und zur Frage, ob durch die Verordnung Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird, oder, ob diese nicht ausführbar ist, äußern.
4. Die Verordnung ist zusammen mit dem soziotherapeutischen Behandlungsplan gemäß Muster 27 der Krankenkasse des Patienten zur vorherigen Genehmigung der Soziotherapie zu übermitteln.
5. Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vom Vertragsarzt verordneten und vom soziotherapeutischen Leistungserbringer erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132b Abs. 1 SGB V, wenn die Verordnung spätestens am 3. – der Ausstellung folgenden – Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.

Soziotherapeutischer Behandlungsplan gem. § 37a SGB V (Muster 27)

1. Der soziotherapeutische Behandlungsplan ist das Ergebnis eines Abstimmungsgesprächs zwischen verordnendem Arzt, soziotherapeutischen Leistungserbringer und Patient. Nach Abschluss der Probestunden ist der soziotherapeutische Behandlungsplan in Zusammenarbeit mit dem verordnenden Arzt auf seine Realisierbarkeit zu überprüfen, ggf. zu ändern oder die Soziotherapie zu beenden.
2. Das Vordruck-Muster muss folgende Angaben enthalten:
 - Therapieziele,
 - verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist,
 - Angaben zur Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen mit Art der Maßnahmen, Frequenz pro Woche/Monat und Zeitraum der Maßnahmen.
1. Der soziotherapeutische Behandlungsplan soll vom verordnenden Arzt, dem soziotherapeutischen Leistungserbringer und dem Patienten unterschrieben werden.

2. Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist zusammen mit der Verordnung gemäß Muster 26 der Krankenkasse für die Genehmigung der soziotherapeutischen Leistungen vorzulegen.
3. 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 den Inhalten der Nummer 19.1 der Soziotherapie-Richtlinien zu übermitteln.

Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie (Muster 28)

1. Andere Vertragsärzte als die gemäß den Soziotherapie-Richtlinien zur Verordnung der Soziotherapie befugten können den Patienten zu einem entsprechender qualifizierten Arzt überweisen, wenn sie den begründeten Verdacht haben, dass bei diesem Patienten eine Indikation für Soziotherapie vorliegt.
2. Kommt der überweisende Arzt aufgrund seiner Kenntnis des Einzelfalles zu der Auffassung, dass der Patient nicht in der Lage ist, diese Überweisung selbständig in Anspruch zu nehmen, kann der Arzt einen soziotherapeutischen Leistungserbringer per Verordnung hinzuziehen. Diese Verordnung erfolgt auf dem Vordruck-Muster 28. Dabei sind vom Arzt Angaben zur Diagnose, zu der Dauer der bestehenden Erkrankung und, ob Krankenhausbehandlung voraussichtlich durch die Massnahme vermieden oder verkürzt wird oder nicht ausführbar ist, erforderlich.
3. Ziel dieser Verordnung ist die Motivierung des Patienten, die Überweisung wahrzunehmen. Zur Erreichung dieses Zieles stehen dem soziotherapeutischen Leistungserbringer maximal 3 Therapieeinheiten zur Verfügung. Diese werden auf das Gesamtkontingent der Soziotherapie angerechnet, wenn es zur Verordnung von Soziotherapie gemäß Nummer 15. der Soziotherapie-Richtlinien kommt.
4. Lässt es sich nicht erreichen, dass der Patient die Überweisung zu einem zur Verordnung von Soziotherapie berechtigten Arzt wahrnimmt oder kommt es nicht zur Verordnung von Soziotherapie durch einen entsprechend qualifizierten Arzt, sind die vom soziotherapeutischen Leistungserbringer erbrachten Therapieeinheiten dennoch berechnungsfähig. Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt auf dem Vordruck-Muster 28.
5. Verordnungen gemäß Vordruck-Muster 28 bedürfen nicht der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse des Versicherten.

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Köln

AOK-Bundesverband, K.d.ö.R., Bonn

Bundesverband der Betriebskrankenkassen, K.d.ö.R., Essen

IKK-Bundesverband, K.d.ö.R., Bergisch Gladbach

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, K.d.ö.R., Kassel

die See-Krankenkasse, K.d.ö.R., Hamburg

die Bundesknappschaft, K.d.ö.R., Bochum

Köln/Bonn/Essen/Bergisch Gladbach/Kassel/ Hamburg/ Bochum,
den

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am		Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Vertrags-Nr.	VK gültig bis	Datum	
Diagnose (ICD-10)		Schweregrad (lt. GAF-SKALA)	
Die Erkrankung besteht seit		Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen	
Art und Dauer der stationären Aufenthalte wegen dieser Erkrankung in den vergangenen 10 Jahren			
Anschrift und Telefonnummer des Versicherten		Wurde ein gesetzlicher Betreuer gestellt? ☐ Nein ☐ Ja	
Straße PLZ Ort Telefonnummer		Wenn ja, für welche Angelegenheiten? 	
Name, Anschrift und Telefonnummer des nächsten Angehörigen		Name, Anschrift und Telefonnummer des Betreuers	
Name Straße PLZ Ort Telefonnummer		Name Straße PLZ Ort Telefonnummer	
Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung; Familie/Eltern; in Einrichtung)	Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten	Beantragte Zahl der Therapieeinheiten	
	Voraussichtliche Dauer der Therapie	Bereits durchgeführte Leistungen	
Prognose			
Krankenhausbehandlung ☐ wird vermieden ☐ wird verkürzt ☐ ist nicht ausführbar Begründung			
Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt			
Original bitte zusammen mit dem soziotherapeutischen Betreuungsplan der Krankenkasse vorlegen		Ort und Datum	
Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Saalcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	
Muster 26a/E (1.2002) KENL/PPF NR.			

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status Vertragsart-Nr. VK Gültig bis Datum		Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V	
Schweregrad (lt. GAF-SKALA)		Diagnose (ICD-10)	
Die Erkrankung besteht seit			
Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen			
Art und Dauer der stationären Aufenthalte wegen dieser Erkrankung in den vergangenen 10 Jahren			
Anschrift und Telefonnummer des Versicherten Strasse PLZ Ort Telefonnummer		Wurde ein gesetzlicher Betreuer gestellt? ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, für welche Angelegenheiten?	
Name, Anschrift und Telefonnummer des nächsten Angehörigen Name Strasse PLZ Ort Telefonnummer		Name, Anschrift und Telefonnummer des Betreuers Name Strasse PLZ Ort Telefonnummer	
Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung; Familie/Eltern; in Einrichtung)		Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie	
Beantragte Zahl der Therapieeinheiten		Bereits durchgeführte Leistungen	
Prognose			
Krankenhausbehandlung ☐ wird vermieden ☐ wird verkürzt ☐ ist nicht ausführbar Begründung Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt			
1. Durchschlag zum Verbleib beim soziotherapeutischen Leistungserbringer		Ort und Datum	
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes			

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der A4-Größe erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Muster 26b/E (1.2007) MHA-PPF/30.

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status Vertragsart: Nr. VK gültig bis Datum		Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V	
Schweregrad (lt. GAF-SKALA)		Diagnose (ICD-10)	
Die Erkrankung besteht seit		Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen	
Art und Dauer der stationären Aufenthalte wegen dieser Erkrankung in den vergangenen 10 Jahren			
Anschrift und Telefonnummer des Versicherten Straße PLZ Ort Telefonnummer		Wurde ein gesetzlicher Betreuer gestellt? ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, für welche Angelegenheiten?	
Name, Anschrift und Telefonnummer des nächsten Angehörigen Name Straße PLZ Ort Telefonnummer		Name, Anschrift und Telefonnummer des Betreuers Name Straße PLZ Ort Telefonnummer	
Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung; Familie/Eltern; in Einrichtung)		Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten Voraussichtliche Dauer der Therapie	
Beauftragte Zahl der Therapieeinheiten Bereits durchgeführte Leistungen		Prognose	
Krankenhausbehandlung ☐ wird vermieden ☐ wird verkürzt ☐ ist nicht ausführbar Begründung			
Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt			
2. Durchschlag zum Verbleib beim verordnenden Arzt		Ort und Datum	
Dieser Formular wurde mittels Laserdrucker in der ArtDreidi erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am		Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V (als Anlage zur Verordnung und zur Weiterleitung an die Krankenkasse)	
Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status			
Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum			
		IK des Leistungserbringers	

Schweregrad (lt. GAF-SKALA)

Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen

Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum

Ausstellungsdatum

Original bitte zusammen
mit der Verordnung der
Krankenkasse vorlegen

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum Unterschrift des Therapeuten

Datum Unterschrift des Therapeuten

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der A4-Größe erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Muster 27a/E (1.2002) KBA-PfF.NR.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Stabs
Vertragsart-Nr.	VK gültig bis	Datum

Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V

(als Anlage zur Verordnung und zur
Weiterleitung an die Krankenkasse)

IK des Leistungserbringers																			
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Schweregrad (lt. GAF-SKALA)

Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	

Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen

Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum

Ausstellungsdatum	Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	Datum	Unterschrift des Therapeuten
1. Durchschlag zum Verbleib beim soziotherapeutischen Leistungserbringer		Datum	Unterschrift des Therapeuten

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der A4-Größe erstellt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Muster 27b/E (1.2002) KSV-PRF/NR.

Original: DIN A4 hoch

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsart-Nr.	VK gültig bis	Datum

Soziotherapeutischer Betreuungsplan **gem. § 37a SGB V**

(als Anlage zur Verordnung und zur
Weiterleitung an die Krankenkasse)

IK des Leistungserbringers

Schweregrad (lt. GAF-SKALA)

Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	

Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen

Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum

Ausstellungsdatum

2. Durchschlag zum Verbleib
beim verordnenden Arzt

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum

Unterschrift des Therapeuten

Datum

Unterschrift des Therapeuten

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Muster 27c/E (1.2007) KBA-PfF-Nr.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Stütz
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie

Diagnose (ICD-10)	Die Erkrankung besteht seit
-------------------	-----------------------------

Krankenhausbehandlung	☐ wird vermieden	☐ wird verkürzt	☐ ist nicht ausführbar
-----------------------	--	---	--

Erklärung des Arztes Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen Facharzt für Psychiatrie / Nervenheilkunde sicherzustellen, ziehe ich neben- stehenden soziotherapeutischen Leistungserbringer hinzu.	Soziotherapeutischer Leistungserbringer Name Anschrift
Datum	Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Soziotherapeutischer Leistungserbringer Erklärung zu den Voraussetzungen der Leistungserbringung Ich erkläre, dass ich die in den Empfehlungen gem. § 132 b Abs. 1 SGB V genannten Anforderungen zur soziotherapeutischen Leistungserbringung erfülle und einen Vertrag gem. § 132 b Abs. 1 SGB V geschlossen habe.

Abrechnung	
Folgende Leistungen wurden erbracht	
Datum	Leistung

Bemerkungen zur Abrechnung	
Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf das	
Konto	bei der (Kreditinstitut) (BLZ)

IK des Leistungserbringers

Original bitte vom soziotherapeutischen Leistungserbringer an die Krankenkasse weiterleiten	Ort und Datum Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers
---	--

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie

Diagnose (ICD-10)	Die Erkrankung besteht seit
-------------------	-----------------------------

Krankenhausbehandlung	☐ wird vermieden	☐ wird verkürzt	☐ ist nicht ausführbar
-----------------------	--	---	--

Erklärung des Arztes Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen Facharzt für Psychiatrie / Nervenheilkunde sicherzustellen, ziehe ich nebenstehenden soziotherapeutischen Leistungserbringer hinzu.	Soziotherapeutischer Leistungserbringer Name Anschrift
Datum Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	

Soziotherapeutischer Leistungserbringer Erklärung zu den Voraussetzungen der Leistungserbringung Ich erkläre, dass ich die in den Empfehlungen gem. § 132 b Abs. 1 SGB V genannten Anforderungen zur soziotherapeutischen Leistungserbringung erfülle und einen Vertrag gem. § 132 b Abs. 1 SGB V geschlossen habe.
--

Abrechnung	
Folgende Leistungen wurden erbracht	
Datum	Leistung

Bemerkungen zur Abrechnung	
Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf das	
Konto	bei der (Kreditinstitut) (BLZ)

IK des Leistungserbringers

1 Durchschlag zum Verbleib beim soziotherapeutischen Leistungserbringer
--

Ort und Datum	Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers
---------------	---

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Sozialtherapie

Diagnose (ICD-10)	Die Erkrankung besteht seit
-------------------	-----------------------------

Krankenhausbehandlung	☐ wird vermieden	☐ wird verkürzt	☐ ist nicht ausführbar
-----------------------	--	---	--

Erklärung des Arztes Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen Facharzt für Psychiatrie / Nervenheilkunde sicherzustellen, ziehe ich neben- stehenden sozialtherapeutischen Leistungserbringer hinzu.		Sozialtherapeutischer Leistungserbringer Name Anschrift
Datum Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes		

Sozialtherapeutischer Leistungserbringer Erklärung zu den Voraussetzungen der Leistungserbringung Ich erkläre, dass ich die in den Empfehlungen gem. § 132 b Abs. 1 SGB V genannten Anforderungen zur sozialtherapeutischen Leistungserbringung erfülle und einen Vertrag gem. § 132 b Abs. 1 SGB V geschlossen habe.

Abrechnung Folgende Leistungen wurden erbracht	
Datum	Leistung

Bemerkungen zur Abrechnung Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf das Konto bei der (Kreditinstitut) (BLZ)	
--	--

IK des Leistungserbringers

1 Durchschlag zum Verbleib beim verordnenden Arzt
--

Ort und Datum Unterschrift des sozialtherapeutischen Leistungserbringers

Dieses Formular wurde als letztes Exemplar in der Arztpraxis erstellt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Muster 28c/E (1.2002) HVB-PDF NR.

Original: DIN A4 hoch

Anlage 7

zum Rahmenvertrag gemäß § 132 b SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Psychotherapie gemäß § 37 a SGB V im Freistaat Bayern (nachfolgend Rahmenvertrag genannt)

zwischen

der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Landesvertretung Bayern, München
dem AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Landesvertretung Bayern, München
dem BKK Landesverband Bayern, München
der IKK Bayern, München
dem Funktionellen Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflegekassen,
München
der Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle München

- einerseits -
- nachfolgend Krankenkassen genannt -

und

der Arbeiterwohlfahrt, Landesverband Bayern e.V., München
dem Deutschen Caritasverband, Landesverband Bayern e.V., München
dem Diakonischen Werk, Landesverband der Inneren Mission e.V., Nürnberg
dem Bayerischen Roten Kreuz, Landesgeschäftsstelle, München
dem Paritätischen Wohlfahrtsverband, Landesverband Bayern e.V., München

- andererseits -
- nachfolgend Leistungserbringer genannt -

wird unter Hinweis auf § 16 des Rahmenvertrages folgende Vergütungsvereinbarung geschlossen.

§ 1 Geltungsbereich

Die Vergütungsvereinbarung gilt für die Leistungserbringer nach § 2 des Rahmenvertrages.

§ 2 Höhe der Vergütung

(1) Für eine Behandlungseinheit (60 Minuten) werden **39,50 €** vergütet; für eine Betreuungsminute beträgt die Vergütung 0,658 €. Soweit kleinere Zeiteinheiten als 60 Minuten erbracht werden, ist die Vergütung durch die Multiplikation des Minutenwertes mit der Minutenzahl zu ermitteln.

(2) Bei gruppentherapeutischen Maßnahmen umfasst die Behandlungseinheit **90 Minuten**.

Die Vergütung hierfür beträgt

- bei Gruppen mit **2 – 3 Teilnehmern** - je Teilnehmer **20,00 €**
- bei Gruppen mit **4 – 6 Teilnehmern** - je Teilnehmer **13,50 €**

(3) Mit den in Absatz 1 und 2 genannten Gebühren sind sämtliche im Zusammenhang mit den erbrachten Verrichtungen erforderlichen Aufwendungen abgegolten; dies gilt nicht für Fahrkosten. Diese werden nach folgender Maßgabe vergütet:

a) Innerhalb einer geschlossenen Ortschaft können die tatsächlich entstandenen Fahrkosten planmäßig verkehrender öffentlicher Verkehrsmittel berechnet werden.

b) Ist der Einsatz außerhalb einer geschlossenen Ortschaft erforderlich, sind – unter der Voraussetzung, dass der zuständige Kostenträger dies genehmigt hat – die Fahrkosten zu erstatten:

- bei Benutzung planmäßig verkehrender öffentlicher Verkehrsmittel die tatsächlich entstandenen Kosten
- bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges 0,30 € je km

(4) Sind von dem Leistungserbringer im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mehrere Patienten nacheinander zur Leistungsabgabe aufzusuchen, können nur die in Abs. 3 genannten Gebühren berechnet werden. In den Fällen des Abs. 3 Buchst. b) erfolgt die Berechnung der Wegstrecke zwischen den beiden unmittelbar zusammenhängenden Behandlungsorten.

§ 3 In-Kraft-Treten

Die Vergütungsvereinbarung gilt für alle ab **1. Dezember 2003** erbrachten und genehmigten Leistungen.

§ 4 Kündigung

(1) Die Vergütungsvereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende, frühestens zum 30.06.2005 gekündigt werden. Die Kündigung kann nur mit eingeschriebenem Brief an die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern bzw. die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Bayern erfolgen.

(2) Die Vergütungsvereinbarung gilt solange weiter, bis neue Vergütungen vereinbart sind.

Unterschriftenblatt

Datum:

Für die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Bayern

Arbeiterwohlfahrt
Landesverband Bayern e.V.

Deutscher Caritasverband
Landesverband Bayern e.V.

Diakonisches Werk
Landesverband der Inneren Mission e.V.

Bayerisches Rotes Kreuz
Landesgeschäftsstelle

Paritätischer Wohlfahrtsverband
Landesverband Bayern e.V.

Für die Krankenkassen

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
-Landesvertretung Bayern-

BKK Landesverband Bayern

Bundesknappschaft
-Verwaltungsstelle München-

IKK Bayern

Funktioneller Landesverband der
Landwirtschaftlichen Krankenkassen
und Pflegekassen in Bayern
(LdL/LdLP)

Verband der Angestellten-
Krankenkassen e.V.
-Landesvertretung Bayern-