

<b>Vereinbarung zur Leistungserbringung Soziotherapie</b>
---

**Vereinbarung zur Leistungserbringung der Soziotherapie zu Hauptaufgaben, Voraussetzungen und Bedingungen der Behandlung im Rahmen der Soziotherapie.**

Im Rahmen der Soziotherapeutischen Betreuungsplanung erkläre ich über folgende Punkte informiert worden zu sein und stimme ihnen zu:

- Die Soziotherapie **koordiniert** bei Bedarf verschiedene (ärztliche und nichtärztliche) Leistungen, so dass diese zusammenwirken, um die Versorgung der Patienten zu verbessern.
- Die Soziotherapie ist **kein zusätzlicher Leistungsanbieter** im Sinne des SGB XII, wie z.B. Anbieter von ambulanter Eingliederungshilfe (ASP). Eine Kombination dieser Leistungen ist aber grundsätzlich möglich.
- Die Verordnung von Soziotherapie erfolgt über zugelassene Fachärzt\*Innen und Psychotherapeut\*Innen. Die Inanspruchnahme einer Soziotherapie ist vollkommen **freiwillig** und gehört zur Regelversorgung der gesetzlichen Krankenkassen. Die Genehmigung der Soziotherapie erfolgt final über die Krankenkassen.
- Es können **Zuzahlungen** im Rahmen der soziotherapeutischen Behandlung anfallen. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben je Kalendertag der Leistungsanspruchnahme eine Zuzahlung in Höhe von 10 % der Kosten, **mindestens 5 EUR, jedoch höchstens 10 EUR** zu entrichten.
- Für die soziotherapeutische Zusammenarbeit ist meine hinreichende **Mitwirkung** notwendig. Fehlende Absprachefähigkeit kann zur vorzeitigen Beendigung der Leistung führen. Termine, die nicht eingehalten werden können, werden **mindestens 24 Stunden vorher** abgesagt. Kurzfristig abgesagte Termine werden privat in Rechnung gestellt.
- Ich erkläre mich dazu bereit, mich bei krisenhaften Veränderungen des Befindens zu melden und einen **kontinuierlichen Kontakt** (ggf. mit meinem Einverständnis auch über Dritte), zur Behandlung zu ermöglichen.
- Ein Ziel der Soziotherapie ist die Verbesserung der ambulanten Versorgung. Als Teilnehmer\*in erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich **vermeidbare Krankenhausaufenthalte** durch die Nutzung der soziotherapeutischen Betreuung zu **verhindern** versuche. Teil- und stationäre Krankenhausbehandlungen (außer PIA) bespreche ich vor Antritt mit dem/ der Soziotherapeut\*in.
- Es ist für die Zusammenarbeit notwendig, dass ich mich im Rahmen der Betreuungsplanung mit meiner/-m Soziotherapeut/-in auseinandersetze. Die mit mir abgestimmten Behandlungsziele verfolge ich aktiv.
- Die Soziotherapie ist **jederzeit schriftlich kündbar**.

**Datum:**

**Name/Unterschrift des Versicherten:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	<b>Interessensbekundung Soziotherapie</b>
--	---

Per Fax an: 040

**Interessensbekundung zur Teilnahme an Soziotherapie  
und Einwilligung zur Übermittlung der Daten an die Krankenkasse**

Ich interessiere mich für das ambulante Versorgungsangebot der Soziotherapie für Menschen mit einer psychischen Erkrankung und möchte in Zusammenarbeit mit den Mitarbeiter\*innen der Psychosozialen Praxis prüfen, ob hier ein Anspruch besteht und ggf. bei der Antragsstellung unterstützt werden. Im Zuge dessen möchte ich ein unverbindliches Informationsgespräch vereinbaren.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift mein Einverständnis, dass zur Prüfung meiner Teilnahme bei meiner Krankenkasse und zur Vereinbarung des unverbindlichen Informationsgesprächs bei dem für mich regional zuständigen Leistungserbringer folgende Daten von mir gespeichert und übermittelt werden und dass meine Krankenkasse Auskunft geben kann, ob die Teilnahmevoraussetzungen an o.g. Versorgung für mich zutreffen.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Rufnummer(n):

Krankenkasse:

Krankenversicherungsnummer:

E-Mail:

Erreichbarkeit (ggf. Klinik, Station, Arzt/ Therapeut mit Rufnummer):

Die \_\_\_\_\_ GmbH arbeitet mit folgenden Leistungsträgern kooperativ zusammen und leitet meine Interessensbekundung zum Versorgungsangebot weiter, falls auxiliar die Versorgung nicht selbst übernimmt.

Region Ost: Trägerverbund

Region Süd: Praxis

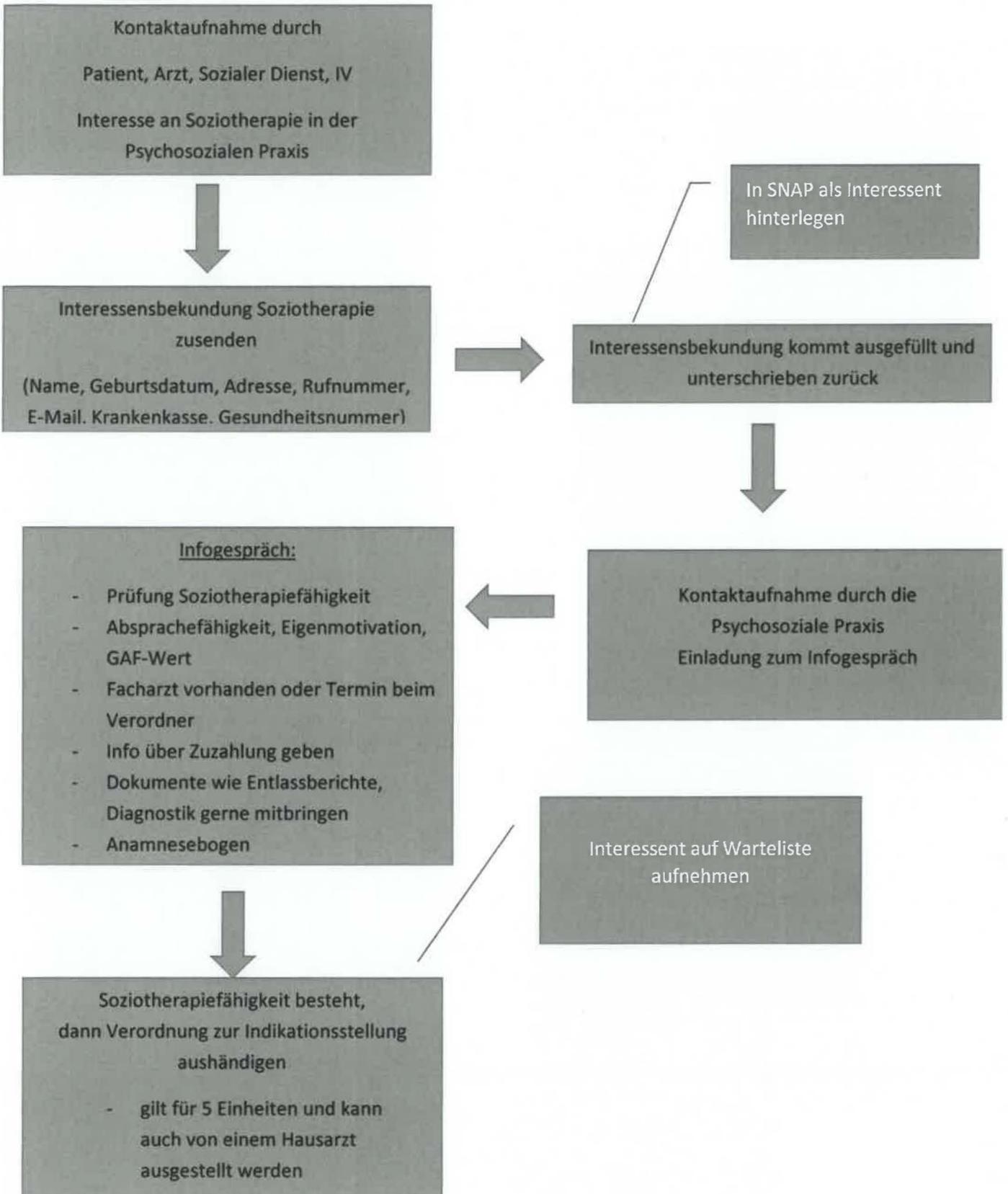
Region West: Beratung

Meine Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich, telefonisch 040 – \_\_\_\_\_, per E-Mail @ \_\_\_\_\_, widerrufen. Meine übermittelten Daten werden dann gelöscht. Meine Daten werden auch gelöscht, wenn es zu keiner Teilnahme an o.g. Versorgung kommt, spätestens jedoch mit Ablauf von 6 Monaten Ich habe die beiliegenden Datenschutzhinweise zu Kenntnis genommen.

**Ort, Datum:**

**Unterschrift:**

# Aufnahmeprozess Soziotherapie



Arztstempel
-------------

## Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur Verordnung der Soziotherapie

### Allgemeine Hinweise:

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus

### Antragsteller

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

--

Anschrift der Hauptbetriebsstätte


### Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

--	--

Fachrichtung

--

Vertragsarzt    Angestellter Arzt    Ermächtigter Arzt    Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab \_\_\_\_\_

Ansprechpartner für Rückfragen:

\_\_\_\_\_ Name, Telefonnummer, E-Mail

## Fachliche Qualifikation

Ich bin Facharzt für

- Nervenheilkunde
- Neurologie
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

Ich bin

- Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Wir sind eine Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

**Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.**

## Kooperation

Ich bestätige, dass ich mit einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen kooperiere:

NetzWerk psychische Gesundheit	
Psychosoziale Praxis	Hamburg

## Rechtlicher Hintergrund

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie  
Einheitlicher Bewertungsmaßstab – Kapitel 30.8 Soziotherapie

## Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigungen, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchsten Gebühren bis zu 300 € erhoben.

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen
- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung ein.

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G.  
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06  
BIC: DAAEDEDXXX  
Vermerk. Gebühr für Genehmigung

**Hinweis:** Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

## Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeit auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH

## Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an die Service und Mitglieder Beratung unter 040 / 22 802 820.

## Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie:

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist
- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag der Praxisaufnahme erbringen und abrechnen dürfen,
- dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss
- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Name in Druckbuchstaben**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Antragsteller**

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Name in Druckbuchstaben**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Angestellter**

**Unterschriftenformular zum  
Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung  
von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG**

**Hinweis:** Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein

<b>BAG</b>	<b>Datum ab</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**(Name des Anstellenden)**

<b>Name, Vorname des Angestellten</b>	<b>Anstellungsdatum</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Hinweis:** Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftsbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

<input type="text"/>
----------------------

Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

# Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Diagnose **F xx.x**

(ICD-10-Code)

Schweregrad **32**

(lt. GAF-SKALA)

Schweregrad gem. GAF-Skala (s. Rückseite).  
Soziotherapie ist verordnungsfähig bei **GAF ≤ 40**

Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--

(langjährig)

Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen

**z.B. Störungen des Antriebs, der Ausdauer und der Belastbarkeit, Störung im Verhalten mit Einschränkung der Konfliktfähigkeit und fehlende Konfliktlösungsfähigkeit, fehlende Alltagswirkung, eingeschränkte Wegefähigkeit**

Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40

Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen

### Angaben des Versicherten

Straße

PLZ

Ort

Telefonnummer

### Angaben des nächsten Angehörigen

Name

Straße

Ort

Telefonnummer

# MUSTER

Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eitern, in Einrichtung)

### Angaben zum Betreuer

Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt?  Nein  Ja

Wenn ja, für welche Angelegenheiten?

Name

Straße

PLZ

Ort

Telefonnummer

Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten **120**

Voraussichtliche Dauer der Therapie **3 Jahre**

Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten **30**

Bereits durchgeführte Leistungen

Höchstwerte je Verordnung

Prognose

z.B. positive Formulierung

Soziotherapie kann in wesentlichen dazu beitragen den/ die Klienten/innen im Rahmen des soziotherapeutischen Betreuungsplans aufgeführten Maßnahmen im Alltag zu stabilisieren und zu strukturieren, Dekompensation abzumildern.

Krankenhausbehandlung  wird vermieden  wird verkürzt  ist nicht ausführbar

Begründung

**möglichst wiederkehrende Krankenhausaufenthalte vermeiden**

Der soziotherapeutische Behandlungsplan ist beigelegt!

Für das Ausstellen der *Erstverordnung* ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig.  
Für das Ausstellen der *Folgeverordnung* ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.

Diese Ausfertigung bitte zusammen mit dem soziotherapeutischen Behandlungsplan der Krankenkasse vorlegen!

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

(dient nur als Information)

# Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V

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

wird immer von den  
Soziotherapeuten ausgefüllt

IK des Leistungserbringers

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am:
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betreuerstellen-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)

### Beziehungsaufbau im therapeutischen Setting

Verbesserung der Motivation/ Belastbarkeit und Ausdauer

Entwicklung von Bewältigungs- und Konfliktlösungsstrategien

Verselbstständigung und z.B. Vermeidung von Krisen

Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist

1. Stabilisierung im Alltag - Erstellen eines Krisenplans, Krisenintervention, Krisengespräche
- 2.
3. Motivationstraining - Schaffen einer sinnvollen Tagesstruktur (zB. Erstellen eines Wochenplans)
- 4.
5. Aufbau eines Hilfenetzwerkes - Psychotherapie, Ergotherapie, Arbeitstherapie
- 6.
7. Hilfe beim Erkennen von Frühwarnzeichen - Verbesserung der Selbstfürsorge
8. Training der handlungsrelevanten Willensbildung - Reflektionsgespräche
9. Lebenszielplanung - Berufliche Perspektiven

### Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen

Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche/ Monat	Zeitraum
Analys des sozialen Umfeldes		
Training der Motivation und der handlungsrelevanten Willensbildung	wöchentlich	1-3 Jahre
Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung		
Hilfe in Krisensituationen		

# MUSTER

Ausstellungsdatum

**Original bitte zusammen mit der Verordnung der Krankenkasse vorlegen**

Veträgerstempel / Unterschrift des Arztes

Datum Unterschrift des Therapeuten

Datum Unterschrift des Patienten

## Informationen für Verordner

### §37a SGB V Soziotherapie

- **Leistungserbringer:**

- Praxis  
GmbH  
straße. 110  
Hamburg  
Tel.: 040 /  
Fax.: 040 /
- Einzugsgebiet: Barmbek-Nord, Steilshoop, Dulsberg, Barmbek-Süd, Ohlsdorf, Bramfeld, Wandsbek, Winterhude, Eilbek, Alsterdorf, Uhlenhorst, Fuhlsbüttel, Marienthal, Hummelsbüttel, Hohenfelde, Eppendorf, Groß Borstel, Borgfelde.

- **Genehmigung von Soziotherapie:**

- Jede Verordnung von Soziotherapie bedarf vor Leistungsbeginn einer Genehmigung der Krankenkassen
- vorliegen müssen der KK die ärztliche Verordnung gem. Muster 26 und der soziotherapeutische Betreuungsplan gem. Muster 27 innerhalb von 3 Tagen nach Erstellung
  - unterschrieben von Arzt, Versichertem und Leistungserbringer
- Ausnahme: es werden 5 Probeeinheiten („zur Indikationsstellung“) vereinbart, in denen der Betreuungsplan mit Soziotherapeut\*In und Pat. erarbeitet werden kann (Formular 28). Dieses Formular können Allgemeinmediziner/ alle niedergelassenen Ärzte ausstellen
- es können max. 120 Stunden verordnet werden in einem Zeitraum von 3 Jahren. Eine erneute Verordnung danach ist möglich, wenn angezeigt
- Es wird in Schritten von max. 30 Einheiten verordnet - Eine Einheit entspricht meist 60 Minuten gem. den jew. Vertragsvereinbarungen.
- Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege und Soziotherapie überschneiden sich. Eine parallele Verordnung wäre inhaltlich zu begründen.
- ASP und Soziotherapie sind zeitgleich möglich. Inhaltlich müssen sich die Leistungen voneinander abgrenzen und die zeitgleiche Leistungserbringung muss begründet sein.
- Sollten die 120 Stunden Soziotherapie vor Ablauf von 3 Jahren abgegolten sein, so gibt es die Möglichkeit außerhalb des Regelfalles eine Verordnung der KK vorzulegen. Bei einer neuen gesicherten Diagnose kann vor dem Ablauf der 3 Jahre ebenfalls Soziotherapie verordnet werden.

## Informationen für Verordner

---

- Informationsveranstaltungen zum Thema Soziotherapie im Vergleich zu anderen ambulanten Betreuungsmöglichkeiten in Ihren Praxisräumen (abhängig davon, was die Corona Pandemie Bestimmungen zulassen)

Machen Sie sich gerne ein Bild von unserer Einrichtung auf:

**<https://>**

oder fordern Sie weiteres Informationsmaterial bei uns an.

Mit freundlichen Grüßen

Fachbereichsleitung Psychosoziale Praxis