

Soziotherapie

Antrag auf Genehmigung zur Verordnung von Soziotherapie nach der Soziotherapie-Richtlinie / ST-RL

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie gemäß § 37a SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V

Qualitätssicherung
Team 1

Maria Kazantsidou
Tel 069 24741-6522
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.3@khessen.de

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.

Die mit * gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder. Diese Angaben helfen uns bei der Bearbeitung Ihres Antrags.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname*, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift* _____

_____ * _____ * _____ *

Geburtsdatum*: _____ Datum der Approbation: _____

Angaben zur Tätigkeit

Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung:

- Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.
- Zu einem späteren Datum _____

Art der Tätigkeit¹:

Vertragsarzt in Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis MVZ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Angestellter Arzt

in Praxis/BAG

BSNR

Name des anstellenden Arztes

in MVZ

BSNR

Name des MVZ

Ermächtigter Arzt

BSNR

Name der Einrichtung

Instituts-
Ermächtigung

BSNR

Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters

Sicherstellungs-
Assistent

BSNR

Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

Ort(e) der Tätigkeit²:

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

Leistungsspektrum (Gebührenordnungsposition = GOP)

GOP 30810 EBM - Erstverordnung Soziotherapie

GOP 30811 EBM - Folgeverordnung Soziotherapie

¹ Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben.

² Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

Genehmigungsvoraussetzungen

Fachliche Anforderungen

Der Verordner muss in der Lage sein, die Indikation für die Soziotherapie (einschließlich der Feststellung, ob dadurch gegebenenfalls Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist) zu stellen, deren Ablauf und Erfolg zu kontrollieren und in Absprache mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer gegebenenfalls notwendige fachliche Korrekturen am soziotherapeutischen Betreuungsplan vorzunehmen.

Folgende Berufsgruppen dürfen Soziotherapie verordnen: (Bitte kreuzen Sie das für Sie Zutreffende an)

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

(in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres)

- Facharzt mit Zusatzweiterbildung Psychotherapie
- Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

(in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres)

Eine Verordnung zur Soziotherapie kann ferner erfolgen durch:

- psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGV V

oder

- Fachärzte sowie Psychotherapeuten (Berufsgruppen, wie zuvor genannt) der psychiatrischen Institutsambulanzen

→ **Bitte Nachweis über die Berechtigung zum Führen der Berufsbezeichnung - bzw. Unterlagen über deren Qualifikation (Zeugnisse / Bescheinigungen) beifügen***

Sonstige Anforderungen (Nachweis der Kooperation - § 4 Abs. 2 letzter Absatz) *

Kooperation mit einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder vergleichbaren Versorgungsstrukturen (§ 4 Abs. 2 letzter Satz)

Ich kooperiere mit:

Name der Einrichtung _____

Leiter der Einrichtung _____

Anschrift _____

Telefon _____

E-Mail _____

Name der Einrichtung _____

Leiter der Einrichtung _____

Anschrift _____

Telefon _____

E-Mail _____

Name der Einrichtung _____

Leiter der Einrichtung _____

Anschrift _____

Telefon _____

E-Mail _____

Name der Einrichtung _____

Leiter der Einrichtung _____

Anschrift _____

Telefon _____

E-Mail _____

Erklärung zu den Inhalten und Anforderungen der Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL

- Die Inhalte sowie die an mich als Arzt / Psychologischer Psychotherapeut / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und an den soziotherapeutischen Leistungserbringer **gestellten Anforderungen** der Soziotherapie- Richtlinie sind mir bekannt.
- Ich versichere **die Anforderungen** zu beachten und zu erfüllen.
- Verordnungen von Soziotherapie dürfen im Rahmen der vertragspsychotherapeutischen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn die hierfür erforderliche **schriftliche Genehmigung** durch die KV Hessen erteilt wurde.
- Eine **rückwirkende Genehmigung** ist nicht möglich. Die Voraussetzungen des EBM sind zusätzlich zu beachten.
- Die Broschüre **KBV-PraxisWissen "Soziotherapie – Hinweise zur Verordnung"** finden Sie auf der KBV Website unter dem Link: https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Soziotherapie.pdf

Erklärungen und Hinweise

- Für Ärzte, die eine Ermächtigung bzw. eine eingeschränkte Zulassung zur Teilnahme an der vertraglichen Versorgung beantragt haben, kann eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung bzw. im Rahmen der eingeschränkten Zulassung wirksam werden.
- BSNR-Änderungen und Anschriften-Änderungen sind mitzuteilen.
- Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertraglichen Tätigkeit führen können.

..... Datum Unterschrift des Antragsstellers ggf. Praxisstempel

Gilt nur für angestellte Ärzte:

..... Datum Unterschrift des anstellenden Arztes Stempel
bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters

Stand Oktober 2021