

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung Team 1  
60486 Frankfurt

**KV** HESSEN  
KASSENÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG  
HESSEN

## 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

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

*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.*

Qualitätssicherung  
Team 1

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

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

## 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 Tätigkeit<sup>1</sup>:**

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 Tätigkeit<sup>2</sup>:**

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

\_\_\_\_\_

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

<sup>2</sup> 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 SGB 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, 132b SGB V)

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 \_\_\_\_\_

➔ **Bitte beachten Sie: Die leistungspflichtige Krankenkasse des Patienten kann Auskunft über Soziotherapeutische Leistungserbringer in der Region geben. Der Leistungserbringer muss anerkannt sein bzw. über eine Genehmigung verfügen. Ein Nachweis ist diesem Antrag nicht beizufügen.**

### 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](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 Antragstellers	ggf. Praxisstempel

**Gilt nur für angestellte Ärzte:**

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

Stand 21.10.2021