

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung
Substitution & weitere Genehmigungen
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

KV | KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Soziotherapie

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

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.

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

Qualitätssicherung
Substitution & weitere Genehmigungen

Bianca Klameth-Mährlein
Tel 069 24741-6646
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.7@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 oder geplante Aufnahme der Tätigkeit:

Vertragliche Tätigkeit **beantragt** am _____

für folgende Fachrichtung: _____

Aufnahme der Tätigkeit **geplant zum** _____

Tätigkeit aufgenommen am _____

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 Psychologischer Psychotherapeut Angestellter Psychologischer Psychotherapeut

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Angestellter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

in Praxis/BAG _____ BSNR _____

Name des anstellenden Arztes/Psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

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/ Psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
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.

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.

Leistungsspektrum (Gebührenordnungsposition = GOP)

GOP 30810 EBM - Erstverordnung Soziotherapie

GOP 30811 EBM - Folgeverordnung Soziotherapie

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

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-Adresse _____

Name der Einrichtung _____

Leiter der Einrichtung _____

Anschrift _____

Telefon / E-Mail-Adresse _____

Name der Einrichtung _____

Leiter der Einrichtung _____

Anschrift _____

Telefon / E-Mail-Adresse _____

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.

Bitte senden Sie uns keine Original-Unterlagen zu, da die Rücksendung nicht grundsätzlich gewährleistet werden kann. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu tackern, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.

Erklärungen und Hinweise

- Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben:

Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.
- Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mit ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Antragsstellers

.....
ggf. Praxisstempel

Gilt nur für angestellte Ärzte/Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten:

.....
Datum

.....
Unterschrift des anstellenden Arztes/Psychologischen
Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsycho-
therapeuten bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ
(Institut/Klinik/Krankenhaus)

.....
Stempel