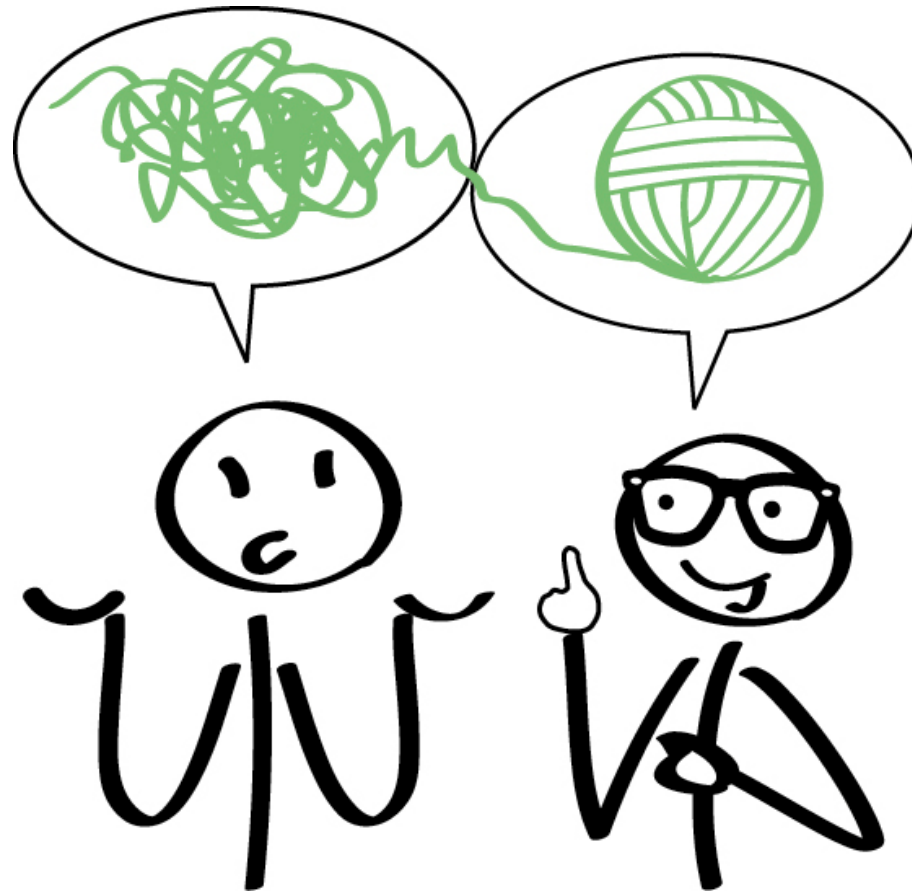


# Ambulante Soziotherapie

nach § 37a SGB V

# Was ist Ambulante Soziotherapie?

---



# Was ist Ambulante Soziotherapie?

---

## SoziotherapeutInnen unterstützen alltagsnah:

- Betroffene werden mithilfe Soziotherapie unterstützt, selbständig ambulante Therapieangebote in Anspruch zu nehmen
- Krankheitsphasen können mit professioneller Hilfe im eigenen Lebensumfeld bewältigt werden.
- Die SoziotherapeutIn ist unter anderem auch Lotse im Dschungel bestehender Angebote und Hilfsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen in der Region.
- Soziotherapie findet im sozialen Umfeld des Patienten statt, dazu gehören Hausbesuche und die Begleitung zu Terminen.
- Die SoziotherapeutIn analysiert die häusliche, berufliche und soziale Situation des Betroffenen und bespricht diese mit ihm.
- Mithilfe von praktischen Übungen und Begleitung werden Motivation, Belastbarkeit und Ausdauer verbessert.
- Auch tagesstrukturierende und planerische Übungen sowie Strategien zur Konfliktlösung sind Bestandteil.

Soziotherapie ist Hilfe zur Selbsthilfe!

# Was kann Ambulante Soziotherapie leisten?

---



# Was kann Ambulante Soziotherapie leisten?

---

Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, ihren Alltag zu organisieren und selbständig Hilfen in Anspruch zu nehmen.

- Soziotherapie kann in solchen Fällen eine wertvolle Unterstützung sein und stellt z.B. auch den regelmäßigen Besuch bei FachärztIn und/oder PsychotherapeutIn sicher.
- Betroffene werden meist über Monate von einer SoziotherapeutIn begleitet. Diese hilft durch gezieltes Training, Motivationsarbeit und Anbahnung von Kontakten, psychosoziale Defizite abzubauen und die erforderlichen Therapiemaßnahmen zu akzeptieren und perspektivisch selbständig zu nutzen.
- Schwer psychisch kranke Menschen sollen ermutigt und befähigt werden, selbständig zu handeln und mit ihrer Erkrankung besser umzugehen.
- Soziotherapeutische Intervention umfasst den gesamten Lebensbereich des Patienten und wird individuell und fallspezifisch gestaltet. Freunde und Familie können ebenso wie psychiatriespezifische Angebote vor Ort mit in die Therapie einbezogen werden.  
(z.B. Tages- und Begegnungsstätten, Ergotherapie, Gruppenangebote, SHG, ABW)

# Wer hat Anspruch auf Ambulante Soziotherapie?

---

Kennen Sie Patienten, die so antriebsarm waren, dass sie ihren Alltag nicht mehr selbstständig strukturieren konnten?

Oder einen Patienten, der ambulante Termine immer wieder vergessen hat, weil seine Planungsfähigkeit nicht ausreichte?

Vielleicht kennen Sie auch Patienten, die immer wieder in starke Konflikte gerieten und diese nicht alleine erkennen oder lösen konnte?

Solche Situationen werden in (Psycho)Therapeutischen Sitzungen aufgegriffen und besprochen. Geht der Patient danach aus der Praxistür, ist er auf sich alleine gestellt.

Daher reicht der (psycho)therapeutische Arm oftmals nicht weit genug.

Verhaltensänderungen und Therapienotwendigkeiten werden zwar in der Therapiestunde als wichtig erkannt, können allerdings möglicherweise vom Patienten alleine nicht umgesetzt werden oder werden im sozialen Umfeld immer wieder blockiert.

# Wer hat Anspruch auf Ambulante Soziotherapie?

---

Genau an diesem Punkt kann es hilfreich sein, eine SoziotherapeutIn hinzu zu ziehen.

- 1.** Gemeinsam mit der SoziotherapeutIn werden soziale, häusliche und berufliche Faktoren identifiziert, die möglicherweise zu einer Aufrechterhaltung der Erkrankung führen.
- 2.** In einem zweiten Schritt kann die SoziotherapeutIn die PatientIn alltagsnah und praktisch dabei unterstützen, die Woche zu strukturieren, ambulante Termine wahrzunehmen oder Aktivitäten aufzubauen, um so langfristig eine selbstständige Alltagsbewältigung zu ermöglichen.

# Wer hat Anspruch auf Ambulante Soziotherapie?

---

Für eine Verordnung muss eine Diagnose aus dem Bereich der **schizophrenen** bzw. affektiven Erkrankungen **mit psychotischen Symptomen** vorliegen oder in begründeten Einzelfällen aus dem Bereich F.00-F.99 unter zusätzlich mindestens einer der folgenden Voraussetzungen:

- Relevante psychiatrische Komorbiditäten wie zum Beispiel Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen oder
- somatische Komorbiditäten wie Mobilitätseinschränkungen oder chronische Schmerzerkrankungen
- eine stark eingeschränkte Fähigkeit zur Planung, Strukturierung und Umsetzung von Alltagsaufgaben oder
- eine stark eingeschränkte Wegefähigkeit
- eingeschränkte Fähigkeit zur Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen sowie zur Koordination selbiger

Der Orientierungswert auf der **GAF – Skala** liegt bei **35 – 40** und sollte die 50 nicht überschreiten.



# GAF - Skala

---

|        |   |
|--------|---|
| 100-91 | Optimale Funktion in allen Bereichen        |
| 90-81  | Gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten  |
| 80-71  | Höchstens leichte Beeinträchtigungen        |
| 60-51  | Mäßig ausgeprägte Störung                   |
| 50-41  | Ernsthafte Beeinträchtigung                 |
| 40-31  | Starke Beeinträchtigung in allen Bereichen  |
| 30-21  | Leistungsunfähigkeit in allen Bereichen     |
| 20-11  | Eigen - und Fremdgefährdung                 |
| 10-01  | Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit |

# Wer kann Soziotherapie verordnen?

---

Soziotherapie kann von niedergelassenen FachärztInnen für Psychiatrie oder Nervenheilkunde, den PIA's (psychiatrischen Institutsambulanzen) Psychologischen PsychotherapeutInnen, Kinder – und JugendpsychiaterInnen sowie NeurologInnen verordnet werden.

- es stehen 5 Probestunden zur Prüfung der Therapiefähigkeit zur Verfügung
- eine Soziotherapieeinheit umfasst 60 min
- eine Verordnung beinhaltet je 30 Therapieeinheiten
- in einem Zeitraum von 3 Jahren können Folgeverordnungen bis zu insgesamt 120h erteilt werden

Ambulante Soziotherapie kann auch von jeder VertragsärztIn (Hausarzt, Gynäkologe, Internist, HNO etc) für jene PatientInnen verordnet werden, bei denen Ambulante Soziotherapie hilfreich sein könnte, um mit Hilfe der SoziotherapeutIn einen psychiatrischen Facharzt aufzusuchen.

Um die Überweisung umzusetzen, kann die VertragsärztIn die SoziotherapeutIn für 5 Therapieeinheiten hinzuziehen.

Im Rahmen dieser Stunden kommt es zu einem ersten Kontakt zwischen Betroffenenem und SoziotherapeutIn.

# Wer kann Soziotherapie verordnen?

---

Für die Verordnung von Soziotherapie ist eine Genehmigung der KV erforderlich:

- „Antrag auf Abrechnungsgenehmigung für Soziotherapie“
- Kooperation mit gemeindepsychiatrischen Verbund (z.B. PSAG) oder Nennung der Zusammenarbeit mit gemeindepsychiatrischen Trägern und Leistungserbringern

Zur Abklärung der Therapiefähigkeit und/oder Motivation des Patienten können 5 Probestunden verordnet werden:

- Diese werden auf das Gesamtkontingent angerechnet
- Können maximal 2x pro Jahr verordnet werden

Soziotherapie muss vorab durch die Krankenkasse genehmigt werden; bis zur (eventuellen) Ablehnung darf die SoziotherapeutIn die Leistung erbringen und bekommt diese auch bezahlt.

**Krankenkasse bzw. Kostenträger**

Name, Vorname des Versicherten  geb. am

Kostenübergangung  Versicherten-Nr.  Status

Betriebsstellen-Nr.  Art-Nr.  Datum

**Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V**

Diagnose (ICD-10-Code)

Schweregrad (je GAF-SKALA)

Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

Art und Ausprägung der Fähigkeitstörungen

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

Wohnort (z.B. abwesend in eigener Wohnung, Familien-/Ehem. in Einrichtung)

**Angaben des nächsten Angehörigen**

Name

Strasse

PLZ  Ort

Telefonnummer

**Angaben zum Betreuer**

Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt?  Nein  Ja

Wenn ja, für welche Angelegenheiten?

Name

Strasse

PLZ  Ort

Telefonnummer

Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten  Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten

Voraussichtliche Dauer der Therapie  Bereits durchgeführte Leistungen

Prognose

Krankenhausbehandlung  wird vermieden  wird verkürzt  ist nicht ausführbar

Begründung

Der soziotherapeutische Betreuungsplan 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 Betreuungsplan der Krankenkasse vorlegen!

Datum

Ausfertigung für die Krankenkasse



|                                |               |         |
|--------------------------------|---------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |               |         |
| Name, Vorname des Versicherten |               |         |
| gültig ab                      |               |         |
| Krankheitskategorie            | Verfahren-Nr. | Status  |
| Behandlungs-Nr.                | ICD-Nr.       | ICD-Nr. |

**Soziotherapeutischer Behandlungsplan**  
 gem. § 37a SGB V  
*(als Anlage zur Verordnung und zur Weiterleitung an die Krankenkasse)*

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

Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)

---



---



---

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

Datum      Unterschrift des Therapeuten

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

Datum      Unterschrift des Patienten

# Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie

|                                |                 |       |
|--------------------------------|-----------------|-------|
| Krankenkasse bzw. Nummerträger |                 |       |
| Name, Vorname des Versicherten |                 |       |
| geb. am                        |                 |       |
| Krankheitsnummer               | Wochenfrist Nr. | Stufe |
| Sozialversicherungs-Nr.        | Art-Nr.         | Datum |

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

|                       |   |  |   |
|-----------------------|---|--|---|
| Krankenhausbehandlung | <input type="checkbox"/> wird vermieden | <input type="checkbox"/> wird verkürzt | <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar |
|-----------------------|---|--|---|

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Erklärung des Arztes</b></p> <p>Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen Facharzt für Psychiatrie / Nervenheilkunde sicherzustellen, ziehe ich nebenstehenden soziotherapeutischen Leistungserbringer hinzu</p> | <p>Soziotherapeutischer Leistungserbringer</p> <p>Name</p> <p>Anschrift</p> |
| <p>Datum</p> <p>____/____/____</p> <p>_____<br/> <small>Stempel und Unterschrift des Arztes</small></p>  |   |

**Soziotherapeutischer Leistungserbringer**  
 Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 102b SGB V geschlossen habe.

**Abrechnung**  
 Folgende Leistungen wurden erbracht

|       |          |
|-------|----------|
| Datum | Leistung |
|       |          |
|       |          |
|       |          |

**Bemerkungen zur Abrechnung**  
 Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen pünktlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf folgendes Konto:

|              |              |
|--------------|--------------|
| Kontoinhaber | Geldinstitut |
|              |              |
| IBAN         | BIC          |
|              |              |

OK des Leistungserbringers

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Original bitte vom soziotherapeutischen Leistungserbringer an die Krankenkasse weiterleiten

Datum

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des soziotherapeutischen Leistungserbringers

Vielen Dank, das war's. Fragen?!

