

Elektronische Ausfüllhilfe Muster 26 – Verordnung Soziotherapie

Hinweistexte für die Erstellung einer elektronischen Ausfüllhilfe für die Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V (Muster 26)

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Krankenkasse bzw. Kostenträger </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Name, Vorname des Versicherten geb. am </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Kostenträgerkennung</td> <td style="width: 33%;">Versicherten-Nr.</td> <td style="width: 33%;">Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> </div>	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">26</div> <div style="margin-top: 10px;"> Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V </div> <div style="margin-top: 10px;"> Diagnose (ICD-10-Code) 1 </div> <div style="margin-top: 5px;"> Schweregrad (lt. GAF-SKALA) 2 </div> <div style="margin-top: 5px;"> Erkrankung besteht seit (falls bekannt) 3 </div> <div style="margin-top: 10px;"> Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen 4 </div> <div style="margin-top: 10px; font-size: 0.8em;"> <i>Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40</i> </div> <div style="margin-top: 5px;"> Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen 5 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 48%;"> Angaben des Versicherten Straße 6 PLZ 7 Ort 8 Telefonnummer 9 Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung) 10 </div> <div style="width: 48%;"> Angaben des nächsten Angehörigen Name 11 Straße 12 PLZ 13 Ort 14 Telefonnummer 15 </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> Angaben zum Betreuer Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, für welche Angelegenheiten? 16 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 48%;"> Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten 17 Voraussichtliche Dauer der Therapie 18 </div> <div style="width: 48%;"> Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten 19 Bereits durchgeführte Leistungen 20 </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> Prognose 21 </div> <div style="margin-top: 10px;"> Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> wird vermieden <input type="checkbox"/> wird verkürzt <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar Begründung 22 </div> <div style="margin-top: 10px; font-size: 0.8em;"> Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt! </div> <div style="margin-top: 10px; border: 1px solid black; padding: 5px;"> Für das Ausstellen der Erstverordnung ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig. Für das Ausstellen der Folgeverordnung ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig. </div> <div style="margin-top: 10px; font-size: 0.8em;"> Diese Ausfertigung bitte zusammen mit dem soziotherapeutischen Betreuungsplan der Krankenkasse vorlegen! </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 40%;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; font-weight: bold;">Ausfertigung für die Krankenkasse</div> </div> <div style="width: 20%;"> Datum 23 </div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes </div> </div>
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status					
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum					

Muster 26a (10.2017)

Elektronische Ausfüllhilfe Muster 26 – Verordnung Sozialtherapie

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern

1. Diagnose (ICD-10-Code)

Geben Sie hier bitte die Diagnose, die die Notwendigkeit einer Sozialtherapie medizinisch begründet, verschlüsselt nach ICD-10-GM an.

2. Schweregrad (laut GAF-Skala)

Die Fähigkeitsstörungen, die zusammen mit der Diagnose den Anspruch auf eine Sozialtherapie begründen, werden mittels der GAF-Skala dargestellt. Tragen Sie hier den entsprechenden Wert ein. Bei Erkrankungen aus den Bereichen des schizophrenen Formenkreises/der affektiven Störungen darf der GAF-Wert höchstens ≤ 50 , bei den übrigen Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 höchstens ≤ 40 sein.

3. Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

Sofern bekannt, geben Sie hier das Datum an, seit dem die die Sozialtherapie begründende Erkrankung besteht.

4. Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen

Geben Sie hier in Stichworten die Fähigkeitsstörungen des Patienten an, die mit dem angegebenen GAF-Wert korrespondieren.

5. Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen

Geben Sie hier bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 außerhalb des schizophrenen Formenkreises/der affektiven Störungen die relevanten Co-Morbiditäten in Stichworten an. Die Co-Morbiditäten können sowohl psychiatrisch als auch somatisch sein.

6. Angaben des Versicherten

Neben den Kontaktdaten ist hier die Wohnform anzugeben.

7. Angaben des nächsten Angehörigen

An dieser Stelle geben Sie bitte die Kontaktdaten eines nahen Angehörigen des Patienten an, damit im Bedarfsfall Rücksprache mit dieser Person gehalten werden kann.

8. Angaben zum Betreuer

Sofern ein gesetzlicher Betreuer bestellt worden ist, tragen Sie hier die Ihnen bekannten Angaben ein.

9. Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten

Sofern möglich, geben Sie hier die voraussichtliche Zahl der Therapieeinheiten an, die zur Erreichung des Therapieziels erforderlich sind.

10. Voraussichtliche Dauer der Therapie

Sofern möglich, geben Sie hier die voraussichtliche Dauer der Sozialtherapie an, die zur Erreichung des Therapieziels erforderlich ist.

11. Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten

Tragen Sie hier die Zahl der aktuell beantragten Sozialtherapieeinheiten ein (max. 30).

12. Bereits durchgeführte Leistungen

Sofern bekannt, geben Sie die Zahl der Therapieeinheiten an, die bereits im Rahmen des vorliegenden Krankheitsfalles und innerhalb der letzten 3 Jahre durchgeführt wurden.

13. Prognose

Tragen Sie hier in Stichworten die Prognose des Patienten ein. Die Sozialtherapie soll den Patienten in die Lage versetzen, ärztliche und psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen.

14. Krankenhausbehandlung (wird vermieden/ wird verkürzt/ ist nicht ausführbar)

Hier ist eine der drei Angaben anzukreuzen.

Mehr Informationen

Themenseite Sozialtherapie: <http://www.kbv.de/html/sozialtherapie.php>.

Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung (PDF, 550 KB): [www.kbv.de/media/sp/02 Erlaeuterungen.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/02_Erlaeuterungen.pdf)