

## Vereinbarung zur Leistungserbringung Soziotherapie

### Vereinbarung zur Leistungserbringung der Soziotherapie zu Hauptaufgaben, Voraussetzungen und Bedingungen der Behandlung im Rahmen der Soziotherapie.

Im Rahmen der Soziotherapeutischen Betreuungsplanung erkläre ich über folgende Punkte informiert worden zu sein und stimme ihnen zu:

- Die Soziotherapie **koordiniert** bei Bedarf verschiedene (ärztliche und nichtärztliche) Leistungen, so dass diese zusammenwirken, um die Versorgung der Patienten zu verbessern.
- Die Soziotherapie ist **kein zusätzlicher Leistungsanbieter** im Sinne des SGB XII, wie z.B. Anbieter von ambulanter Eingliederungshilfe (ASP). Eine Kombination dieser Leistungen ist aber grundsätzlich möglich.
- Die Verordnung von Soziotherapie erfolgt über zugelassene Fachärzt\*Innen und Psychotherapeut\*Innen. Die Inanspruchnahme einer Soziotherapie ist vollkommen **freiwillig** und gehört zur Regelversorgung der gesetzlichen Krankenkassen. Die Genehmigung der Soziotherapie erfolgt final über die Krankenkassen.
- Es können **Zuzahlungen** im Rahmen der soziotherapeutischen Behandlung anfallen. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben je Kalendertag der Leistungsanspruchnahme eine Zuzahlung in Höhe von 10 % der Kosten, **mindestens 5 EUR, jedoch höchstens 10 EUR** zu entrichten.
- Für die soziotherapeutische Zusammenarbeit ist meine hinreichende **Mitwirkung** notwendig. Fehlende Absprachefähigkeit kann zur vorzeitigen Beendigung der Leistung führen. Termine, die nicht eingehalten werden können, werden **mindestens 24 Stunden vorher** abgesagt. Kurzfristig abgesagte Termine werden privat in Rechnung gestellt.
- Ich erkläre mich dazu bereit, mich bei krisenhaften Veränderungen des Befindens zu melden und einen **kontinuierlichen Kontakt** (ggf. mit meinem Einverständnis auch über Dritte), zur Behandlung zu ermöglichen.
- Ein Ziel der Soziotherapie ist die Verbesserung der ambulanten Versorgung. Als Teilnehmer\*in erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich **vermeidbare Krankenhausaufenthalte** durch die Nutzung der soziotherapeutischen Betreuung zu **verhindern** versuche. Teil- und stationäre Krankenhausbehandlungen (außer PIA) bespreche ich vor Antritt mit dem/ der Soziotherapeut\*in.
- Es ist für die Zusammenarbeit notwendig, dass ich mich im Rahmen der Betreuungsplanung mit meiner/-m Soziotherapeut/-in auseinandersetze. Die mit mir abgestimmten Behandlungsziele verfolge ich aktiv.
- Die Soziotherapie ist **jederzeit schriftlich kündbar**.

Datum:

Name/Unterschrift des Versicherten:

\_\_\_\_\_