

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Praxisstempel

Tel.: 030 / 31 003-376
Fax: 030 / 31 003-50730

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung zur Verordnung von Soziotherapie

gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 37 a SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V vom 22.01.2015, gültig ab 08.06.2017

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die Antragstellung erfolgt: für mich
 für den angestellten PPT/KJP
(nicht Zutreffendes bitte streichen) _____
(Name des PPT/KJP)

Niedergelassener PPT/KJP in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstiges

Angestellter PPT/KJP in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstiges

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter PPT/KJP
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(wenn vorhanden)

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____

- Hiermit beantrage ich die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung der genehmigungspflichtigen Leistung „Verordnung von Soziotherapie“

Waren Sie bereits in einem anderen KV-Bereich berechtigt, Leistungen auf dem Gebiet der Soziotherapie zu erbringen?

- Ja (Bitte die Kopie des Bescheides beifügen.) Nein

Angaben zum Tätigkeitsort

Ich bin an folgenden Standorten tätig:

- | | | | | | | | | | | | | |
|----|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. | _____ | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | Anschrift | Nebenbetriebsstättennummer | | | | | | | | | | |
| 2. | _____ | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | Anschrift | Nebenbetriebsstättennummer | | | | | | | | | | |
| 3. | _____ | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | Anschrift | Nebenbetriebsstättennummer | | | | | | | | | | |

A. Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 4 Soziotherapie-Richtlinie

Ich bzw. der bei mir angestellte Psychologische Psychotherapeut bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut erfülle bzw. erfüllt die in § 4 der Soziotherapie-Richtlinie (ST-RL) aufgeführten Anforderungen:

1. Indikationsstellung für die Soziotherapie (einschließlich der Feststellung, ob dadurch ggf. Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist) und
2. den Ablauf und Erfolg der Soziotherapie zu kontrollieren und in Absprache mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer ggf. notwendige fachliche Korrekturen am soziotherapeutischen Betreuungsplan vorzunehmen **durch**

die Berechtigung zum Führen der Approbation

- Psychologischer Psychotherapeut
 Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut (nur in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase an dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs)

und

- Fachkundenachweis** gemäß § 95 c SGB V über eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in der
- tiefenpsychologische fundierten Psychotherapie
 analytischen Psychotherapie
 Verhaltenstherapie

B. Erklärung über die Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen

Ich erkläre hiermit gemäß den Soziotherapie-Richtlinien - gültig ab 08.06.2017 –

die Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder vergleichbaren Versorgungsstrukturen, um folgende Aufgabengebiete zu erfüllen:

- Die Verpflichtung zur bedarfsgerechten Versorgung,
- die Sicherstellung der personenbezogenen Hilfen nach den integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplänen,
- die Weiterentwicklung des Leistungsspektrums und der Qualitätsverbesserung sowie die Anpassung an den Bedarf und die effektive Nutzung der Ressourcen.

Benennung der Einrichtungen: (Angaben sind zwingend erforderlich)

ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen nach der Soziotherapie-Richtlinien im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.**

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift +Arztstempel

Unterschrift Leiter (Einrichtung/MVZ)