



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 376, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung zur Verordnung von Psychotherapie

gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Durchführung von Psychotherapie 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 Sonstige

Angestellter PPT/KJP in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG psychiatrischer
Institutsambulanz

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

Lebenslange Arztnummer (LANR): _____
(wenn vorhanden)

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail Adresse _____



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. _____
Anschrift, Neb

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

enbetriebsstättennummer

2. _____
Anschrift, Neb

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

enbetriebsstättennummer

3. _____
Anschrift, Neb

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

enbetriebsstättennummer

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 Aufgaben-gebiete 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.

Berlin, den.....

.....
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....
Unterschrift Leiter der Einrichtung/MVZ