

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-423  
Fax: 030 / 31 003-50730  
E-Mail: QS-Team-4@kvberlin.de

Praxisstempel

## Antrag auf Abrechnungsgenehmigung zur Verordnung und Begleitung 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 in der jeweils gültigen Fassung

<b>Antragsteller</b>	<b>Leistungserbringer</b>
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigter	sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt

<b>Betriebsstättennummer (BSNR)</b>	<input type="text"/>
<b>Lebenslange Arztnummer (LANR)</b> (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG
	_____
	Name des Krankenhauses

<b>Genehmigung beantragt zum</b>	_____
	Datum
<b>Zulassungsbeschluss der Sitzung vom</b>	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Leistung**

- Verordnung und Begleitung von Soziotherapie

**Leistungsort**

- Betriebsstätte

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

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

Adresse

- Ausgelagerter Praxisraum/Zweigpraxis

- Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt

- Bestätigung der Abteilung Arztregisters/Bedarfsplanung ist beigelegt

Adresse

Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und ggf. Genehmigungs-erteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

**Fachliche Qualifikation gem. § 4 Abs. 2 und 3 ST-RL**

- Facharzt oder Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychiatrie
- Facharzt oder Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie oder Nervenheilkunde
- Facharzt oder Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Facharzt oder Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
(in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs)
- Facharzt oder Fachärztin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie und
- Kenntnisse in der Anwendung der GAF-Skala werden bestätigt

**oder**

- Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V
- Fachärzte oder Fachärztinnen der Psychiatrischen Institutsambulanzen

**und für alle Fachgruppen:**

- Erklärung über die Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund \* oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen gem. § 4 Abs. 2 Satz 4 ST-RL**

*\* Ein verbindlicher Zusammenschluss der wesentlichen Leistungserbringer einer definierten Versorgungsregion zur Steuerung und Koordination von gemeindepsychiatrischen Hilfen (Quelle: Pschyrembel Online)*

Ein schriftlicher Kooperationsvertrag ist nicht einzureichen allerdings ist die Benennung der Einrichtung **zwingend** erforderlich:

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Einrichtung

## VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den rechtlichen Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere im Hinblick auf die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Richtlinie/ST-RL).

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Psychotherapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung i. V. mit der Psychotherapie-Richtlinie. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leistungserbringer  
(sofern abweichend vom Antragsteller)