

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
von Leistungen der Psychotherapie**

Name _____

Praxisanschrift

Straße: _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich besitze die Anerkennung als

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> FA für Psychiatrie | <input type="checkbox"/> FA für Nervenheilkunde |
| <input type="checkbox"/> FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie | <input type="checkbox"/> FA für Neurologie |
| <input type="checkbox"/> FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie | <input type="checkbox"/> FA für Psychiatrie und Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut |
| <input type="checkbox"/> FA mit der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie | |

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: _____

Niedergelassene Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten:

- Ich bin niedergelassen.
- Die Niederlassung ist geplant ab: _____
- Ich übernehme die Praxis von: _____
- ab: _____.

Angestellte Ärzte/Psychotherapeuten/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

- Ich bin in einer Praxis angestellt.
- Ich plane die Anstellung in der Praxis von: _____
- ab: _____
- Ich bin in einem MVZ tätig.
- Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ _____
- ab: _____

Ermächtigte Ärzte:

- Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.
- Die Ermächtigung ist geplant ab: _____

Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien).

Erfüllung der Voraussetzungen zur Qualifikation gemäß § 4

1. Fachliche Befähigung

Ich erfülle die Voraussetzungen der in der Richtlinie aufgeführten Anforderungen.

1. Indikationsstellung für die Soziotherapie (einschl. der Feststellung, ob dadurch ggf. Krankenhausbehandlung vermieden werden kann),
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 einer der Bezeichnungen:

- FA für Psychiatrie
- FA für Nervenheilkunde
- FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- FA für Neurologie
- FA für Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. –psychotherapie
- FA für Psychiatrie und Psychotherapie
- Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
(in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres)

2. Fachliche Befähigung

- Ich erfülle die Voraussetzungen der in der Richtlinie aufgeführten Anforderungen durch die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Psychotherapie und bestätigte Kenntnisse in der Anwendung der GAF-Skala:

Verordnung von Soziotherapie als Regelversorgung

Die Regelversorgung mit Soziotherapie richtet sich an Patienten mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen aus:

- dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10-Abschnitt F20-20.6, F21, F22, F24, F25)
oder
- der Gruppe der affektiven Störungen mit psychotischen Symptomen (ICD-10-Abschnitt F31.5, F32.3, F33.3)

Bei Diagnosen der Regelversorgung ist eine Soziotherapie bei einer ernsthaften Beeinträchtigung des Patienten indiziert:

- Der Orientierungswert auf der GAF-Skala liegt bei 40 und darf nicht über 50 gehen.

Verordnung von Soziotherapie in begründeten Einzelfällen

Unter bestimmten Voraussetzungen kann Soziotherapie auch verordnet werden bei Patienten mit Diagnosen aus:

- dem gesamten ICD-10 Kapitel für Psychische und Verhaltensstörungen (F00 bis F99)

Bei diesen Diagnosen muss eine starke Beeinträchtigung des Patienten vorliegen:

- der GAF-Wert liegt bei kleiner/gleich 40

Weitere Voraussetzungen: Der Verordnende bewertet die Gesamtsituation des Patienten und kann anschließend zu der Einschätzung gelangen, dass Soziotherapie indiziert ist. In der Richtlinie werden insbesondere folgende Fallkonstellationen genannt, von denen mindestens eine neben der Diagnose und dem GAF-Wert zutreffen muss, damit Soziotherapie im begründeten Einzelfall verordnet werden darf:

- Patient hat relevante Co-Morbiditäten: Psychiatrische Erkrankungen wie Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen, somatische Beschwerden wie Mobilitätseinschränkungen oder chronische Schmerzerkrankungen,
- Stark eingeschränkte Fähigkeit des Patienten zur Planung, Strukturierung und Umsetzung von Alltagsaufgaben,
- Eingeschränkte Fähigkeit des Patienten zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen sowie zur Koordination derselben,
- Stark eingeschränkte Wegefähigkeit (Mobilität) des Patienten

GAF-Skala

Die GAF-Skala (global assessment of functioning scale) dient der Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus eines Patienten. Innerhalb der 10er-Schritte können weitere Abstufungen vorgenommen werden:

100-91	Optimale Funktion in allen Bereichen
90-81	Gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten
80-71	Höchstens leichte Beeinträchtigungen
70-61	Leichte Symptome
60-51	Mäßig ausgeprägte Störung
50-41	Ernsthafte Beeinträchtigung
40-31	Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen
30-21	Leistungsunfähigkeit in allen Bereichen
20-11	Selbst- und Fremdgefährlichkeit
10-1	Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit

Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift erkläre ich die diesem Antrag beigefügten Anhänge und Anlagen zum Bestandteil des Antrages.
2. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen. Jede Änderung, insbesondere zur Teilnahmeform an der vertragsärztlichen/ vertragspsychotherapeutischen Versorgung, den Ort der Leistungserbringung, werde ich unverzüglich vorab der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt schriftlich mitteilen.

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes/ Vertragspsychotherapeuten
(bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten
Arztes/ Psychotherapeuten

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des
anstellenden Vertragsarztes/ Vertragspsychotherapeuten

Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt/ Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Aus- und Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

Unterschrift des Arztes/Psychotherapeuten, der die Leistungen erbringen möchte

Anlage zum Antragsvordruck „Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der
Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung:“

**Erklärung über die Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund
oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen**

Ich (Name, Anschrift) _____ erkläre
mit einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder einer vergleichbaren Versorgungsstruktur zu
kooperieren.

Name/ Anschrift:

Ansprechpartner/in: _____

Nachweis: Bestätigung der Einrichtung:

(Stempel/ Unterschrift)