



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 423, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

**Antrag auf Abrechnungsgenehmigung
zur Durchführung von psychotherapeutischen Leistungen
gemäß § 5 Abs. 1 - 5 der Psychotherapie-Vereinbarung vom 01.01.2015**

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR):

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

Die Antragstellung erfolgt: für mich
 für den angestellten Arzt/ Job-Sharer _____
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt in | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft |
| | <input type="checkbox"/> MVZ | <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> Sonstige |
| <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft |
| | <input type="checkbox"/> MVZ | <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> Sonstige |

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR):
(wenn vorhanden)

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

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail Adresse _____



Hiermit beantrage ich die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen in der folgenden Therapieform:

(Bitte zutreffendes ankreuzen)

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Psychoanalyse
- Verhaltenstherapie
- EMDR

Behandlungsart als

- Einzelbehandlung und/oder bei Gruppenbehandlung
- Erwachsenen und/oder Kindern und Jugendlichen

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

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

Angaben zum Tätigkeitsort

Ich bin an folgenden Standorten tätig:

- 1. _____

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

Anschrift, Nebenbetriebsstättennummer
- 2. _____

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

Anschrift, Nebenbetriebsstättennummer
- 3. _____

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

Anschrift, Nebenbetriebsstättennummer

Qualifikation

1. Ich besitze die Berechtigung zum Führen der Gebietsarztanerkennung

- Arzt für Psychotherapeutische Medizin
- oder
- Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- oder
- Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- oder
- Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
(Abrechnungsgenehmigung kann nur für Kinder und Jugendliche erteilt werden)



und

Kenntnisse und Erfahrungen gemäß Weiterbildungszeugnis
(Zeugnis bitte in Kopie dem Antrag beifügen)

- auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie
- auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten und
analytischen Psychotherapie
- auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie

oder

2. Ich besitze die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung

- Psychotherapie
- und/oder
- Psychoanalyse

und zusätzlich bei Antrag auf Verhaltenstherapie:

Kenntnisse und Erfahrungen gemäß Weiterbildungszeugnis
(Zeugnis bitte in Kopie dem Antrag beifügen)

- auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie

**und zusätzlich bei Antrag gemäß Zusatzqualifikation nach § 5 Abs. 4
für Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen:**

***Entsprechende Zusatzqualifikationen müssen an anerkannten Weiterbildungsstätten
für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vermittelt worden sein.***

Nachweis von 200 Std. in der Entwicklungs- und Lern-Psychologie
einschließlich der speziellen Neurosenlehre bei Kindern und Jugendlichen

sowie **zusätzlich** der Nachweis, dass

mindestens 4 abgeschlossene Fälle analytischer oder tiefenpsychologisch
fundierter Psychotherapie mit insgesamt mindestens 200 Std. unter
Supervision – kontinuierlich nach jeder 4. Behandlungsstunde

oder

mindestens 5 abgeschlossene Fälle in Verhaltenstherapie mit insgesamt
mindestens 180 Std. unter Supervision – kontinuierlich nach jeder
3. Behandlungsstunde durchgeführt wurden



**und zusätzlich bei Antrag gemäß Zusatzqualifikation nach § 5 Abs. 5
für Gruppenpsychotherapien:**

Nachweise - erworben an oder über anerkannte Ausbildungsstätten -

eingehende Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Gruppen-Psycho-
therapie der psychoanalytisch begründeten Verfahren oder der Verhaltens-
therapie

mindestens 40 DStd. analytische oder tiefenpsychologisch fundierte bzw.
verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung in der Gruppe

und

mindestens 24 DStd. eingehende Kenntnisse in der Theorie
der Gruppen-Psychotherapie

und

mindestens 60 Doppelstunden kontinuierliche Gruppenbehandlungen mit
tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie oder mit
Verhaltenstherapie

mindestens 30 Supervisionsstunden
(*kontinuierlich* nach jeder 2. DStd. Gruppentherapie eine Supervisionsstunde)

**und zusätzlich bei Antrag gemäß Zusatzqualifikation nach § 5 Abs. 8 für EMDR
als Methode zur Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen bei Erwachsenen:**

Nachweise - erworben an oder über anerkannte Weiterbildungsstätten -

Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der
posttraumatischen Belastungsstörung und der EMDR mit

mindestens 40 Stunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der
Traumabehandlung und EMDR

und

mindestens 40 Stunden Einzeltherapie, mit mindestens
5 abgeschlossenen EMDR-Behandlungsabschnitten,
unter Supervision von mindestens 10 Stunden mit EMDR



Hinweis:

Um eine schnellstmögliche Bearbeitung zu gewährleisten, fügen Sie dem Antrag bitte den Nachweis über den Erwerb des Psychotherapieverfahrens (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder Verhaltenstherapie) und/ oder ggf. Nachweise über den Erwerb der Zusatzqualifikationen Gruppenpsychotherapie bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie ggf. die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ bzw. „Psychoanalyse“ in Fotokopie bei.



ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen 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