

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 / 31 003-376
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team4@kvberlin.de

Praxisstempel

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
psychotherapeutischer Leistungen für Psychologische Psychotherapeuten**

gemäß Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung) in der jeweils gültigen Fassung

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Vertretungsberechtigte	sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt

Betriebsstättennummer (BSNR)	<input type="text"/>
Lebenslange Arztnummer (LANR) (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

Grund der Antragstellung	
<input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	<input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs
Genehmigung beantragt zum	_____
	Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____

Leistung

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Psychoanalyse
- Verhaltenstherapie
- Systemische Therapie (nur für Erwachsene)
- EMDR (nur für Erwachsene)

Behandlungsart

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

Leistungsort

- Betriebsstätte
- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

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

Adresse

- Ausgelagerter Praxisraum/Zweigpraxis
 - Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt
 - Bestätigung der Abteilung Arztregisters/Bedarfsplanung ist beigefügt

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. Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Fachliche Nachweise gemäß § 6 Abs. 1 – 3, 8 Psychotherapie-Vereinbarung

- Approbationsurkunde
- Zeugnis der staatlich anerkannten Ausbildungsstätte über die vertiefte Ausbildung mit Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in dem jeweilig beantragten Psychotherapieverfahren
- Nachweis über die bestandene staatliche Prüfung, ausgestellt vom jeweiligen Landesamt
- ggf. Nachweis der Zusatzbezeichnung „Systemische Therapie“, ausgestellt von der jeweiligen Psychotherapeutenkammer

Zusatzqualifikation Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 6 Abs. 4 Psychotherapie-Vereinbarung

Entsprechende Zusatzqualifikationen müssen an oder über anerkannte Ausbildungsstätten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erworben worden sein.

- Nachweise über 200 Std. Theorie in der Entwicklungs- und Lernpsychologie einschließlich der speziellen Neurosenlehre bei Kindern und Jugendlichen
- Nachweis über mindestens 4 abgeschlossene Fälle in analytischer oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie mit insgesamt mindestens 200 Std. unter Supervision (nach jeder 4. Behandlungsstunde eine Supervisionsstunde)

oder

- Nachweis über mindestens 5 abgeschlossene Fälle in Verhaltenstherapie mit insgesamt mindestens 180 Std. unter Supervision (nach jeder 3. Behandlungsstunde eine Supervisionsstunde)

Zusatzqualifikation Gruppenpsychotherapie gemäß § 6 Abs. 5 Psychotherapie-Vereinbarung

Entsprechende Zusatzqualifikationen müssen an oder über anerkannte Ausbildungsstätten erworben worden sein.

- Nachweise über mindestens 40 Doppelstunden analytische, verhaltenstherapeutische oder tiefenpsychologisch fundierte oder systemische Selbsterfahrung in der Gruppe

und

- Nachweis über mindesten 24 Doppelstunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Gruppenpsychotherapie

und

- Nachweis über mindestens 60 Doppelstunden kontinuierliche Gruppenbehandlungen unter Supervision von mindestens 40 Stunden mit Verhaltenstherapie oder mit analytischer- oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder mit Systemischer Therapie

Zusatzqualifikation Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) bei Erwachsenen gemäß § 6 Abs. 7 Psychotherapie-Vereinbarung

Die Zusatzqualifikation müssen an oder über anerkannte Ausbildungsstätten erworben worden sein.

- Nachweis über mindestens 40 Stunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Traumabehandlung und EMDR

und

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

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 der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie).

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

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.

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. 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)