

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 / 31 003-595  
Fax: 030 / 31 003-50730  
E-Mail: [QS-Team-4@kvberlin.de](mailto:QS-Team-4@kvberlin.de)

Praxisstempel

### Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen für ärztliche Psychotherapeuten

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

<b>Antragsteller</b> <hr/> Psychotherapeut, Bevollmächtigte	<b>Leistungserbringer</b> <hr/> sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Psychotherapeut
--	--

<b>Betriebsstättennummer (BSNR)</b> <hr/>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
<b>Lebenslange Arztnummer (LANR)</b> (Leistungserbringer) <hr/>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigung	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG <hr/> Name des Krankenhauses des ermächtigten Therapeuten										

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

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

<b>Leistung</b>				
Psychotherapieverfahren	Erwachsene		Kinder und Jugendliche	
	Einzelbehdl.	Gruppenbehdl.	Einzelbehdl.	Gruppenbehdl.
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systemische Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EMDR	<input type="checkbox"/>			

**Leistungsort**

Betriebsstätte

\_\_\_\_\_

Adresse

Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

\_\_\_\_\_

Adresse

Ausgelagerter Praxisraum

Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt

Bestätigung der Abteilung Arztregister/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 § 3 Abs. 1 Psychotherapie-Vereinbarung bei Erwachsenen als Einzel- und Gruppentherapie**

- Facharzturkunde für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Facharzturkunde für Psychiatrie und Psychotherapie

oder

- die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Psychotherapie

und

- Weiterbildungszeugnis, das die Weiterbildung in dem beantragten Psychotherapieverfahren belegt

Hinweis: Für die Analytische Psychotherapie ist darüber hinaus die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Psychoanalyse erforderlich.

### **Fachliche Nachweise gemäß § 3 Abs. 2 Psychotherapie-Vereinbarung bei Kindern und Jugendlichen als Einzel- und Gruppentherapie**

- Facharzturkunde für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Facharzturkunde für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie

und

- Weiterbildungszeugnis, das die Weiterbildung in dem beantragten Psychotherapieverfahren belegt

Hinweis: Für die Analytische Psychotherapie ist darüber hinaus die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Psychoanalyse erforderlich.

### **Fachliche Nachweise gem. § 6 Psychotherapie-Vereinbarung für EMDR**

- Aus- oder Weiterbildungszeugnisse, die belegen, dass eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der EMDR, einschließlich der eigenständigen Anwendung der EMDR in Patientenbehandlungen, erworben wurden

oder

- Nachweis über mind. 40 Stunden Theorie der Traumabehandlung und EMDR

und

- Nachweis über mind. 40 Therapieeinheiten Traumabehandlungen in Einzeltherapie, in denen EMDR im Rahmen von mind. 5 abgeschlossenen Behandlungsabschnitten angewendet wurde – unter Supervision von mind. 10 Stunden

Hinweis: Die Qualifikation muss an oder über anerkannte Aus- und Weiterbildungsstätten erworben worden sein.

**Fachliche Nachweise gem. § 8 Psychotherapie-Vereinbarung für Gruppenpsychotherapie**

- mind. 48 Stunden eingehende theoretische Kenntnisse in der Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik **und**
- mind. 40 Doppelstunden Gruppenselbsterfahrung im jeweiligen Psychotherapieverfahren **und**
- mind. 60 Therapieeinheiten kontinuierliche Gruppenbehandlungen im jeweiligen Psychotherapieverfahren – auch in mehreren Gruppen unter Supervision von mind. 30 Stunden

Hinweis: Die Genehmigung zur Gruppenbehandlung wird für das Psychotherapieverfahren erteilt, für das die erforderliche Qualifikation nachgewiesen wurde.

**Fachliche Nachweise gem. § 9 Psychotherapie-Vereinbarung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen durch Zusatzqualifikation**

- Nachweis über mind. 200 Stunden eingehende theoretische Kenntnisse und Erfahrungen in der Einzelpsychotherapie, einschließlich der Entwicklungspsychologie, der Lernpsychologie, der verfahrensspezifischen Grundlagen psychischer Störungen und Psychodiagnostik bei Kindern und Jugendlichen und der verfahrensspezifischen Anwendung psychotherapeutischer Methoden und Techniken **und**
- Nachweis über mind. 200 Therapieeinheiten eingehende praktische Erfahrungen und Fertigkeiten durch Patientenbehandlungen bei Kindern und Jugendlichen in mindestens drei Behandlungsfällen, davon mindestens ein Behandlungsfall in Langzeittherapie mit einer Mindestbehandlungsdauer entsprechend dem ersten Bewilligungsschritt für eine Langzeittherapie gemäß § 30 Psychotherapie-Richtlinie für das jeweilige Psychotherapieverfahren und mindestens ein Behandlungsfall in Kurzzeittherapie – unter Supervision von mindestens 50 Stunden

Hinweis: Die Qualifikation muss an oder über anerkannte Aus- und Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendpsychotherapie erworben worden sein.

## VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen 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 i. V. m. der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung. 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)