






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

 (030) 31003 - 423
 (030) 31003 - 50305
 QS-Team6@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

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

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Betriebsstättennummer (BSNR) | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer) | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Zulassung | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Anstellung | <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> üBAG | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt | _____ | | | | | | | | | | |
| | 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. Genehmigungs-erteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Fachliche Nachweise gemäß § 5 Abs. 1 – 3, 9 Psychotherapie-Vereinbarung

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

oder

die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung

- Psychotherapie und/oder
- Psychoanalyse

und

- Weiterbildungszeugnis über den Erwerb der Kenntnisse und Erfahrungen in dem jeweilig beantragten Psychotherapieverfahren

Fachliche Nachweise gem. § 5 Abs. 4 Psychotherapie-Vereinbarung

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

- Facharzturkunde für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie* **und**
*Abrechnungsgenehmigung kann nur für Kinder und Jugendliche erteilt werden.
- Weiterbildungszeugnis über den Erwerb der Kenntnisse und Erfahrungen in dem jeweilig beantragten Psychotherapieverfahren

oder

- Nachweis über 200 Stunden Kenntnisse und Erfahrungen in der Entwicklungspsychologie und Lernpsychologie einschließlich der speziellen Neurosenlehre sowie in der Psychodiagnostik bei Kindern und Jugendlichen **und**
- Nachweis das mindestens 4 Behandlungsfälle in analytischer und/oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie mit mindestens 200 Stunden insgesamt selbstständig unter Supervision - möglichst nach jeder vierten Behandlungsstunde - durchgeführt und abgeschlossen wurden

oder

- Nachweis das mindestens 4 Behandlungsfälle in Verhaltenstherapie mit mindestens 180 Stunden insgesamt selbstständig unter Supervision - möglichst nach jeder dritten Behandlungsstunde - durchgeführt und abgeschlossen wurden.



Fachliche Nachweise gem. § 5 Abs. 5 Psychotherapie-Vereinbarung

Die Genehmigung zur Gruppenbehandlung wird für das Verfahren erteilt, für das die Erfüllung der geforderten Voraussetzungen an die Qualifikation gem. § 5 Abs. 1 - 3 oder 9 nachgewiesen wurde.

- mindestens 40 Doppelstunden analytische oder tiefenpsychologisch fundierte bzw. verhaltenstherapeutische bzw. systemische Selbsterfahrung in der Gruppe **und**
- mindestens 24 Doppelstunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Gruppen-Psychotherapie und Gruppendynamik **und**
- mindestens 60 Doppelstunden kontinuierliche Gruppenbehandlungen - auch in mehreren Gruppen unter Supervision von mindestens 40 Stunden - mit tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie oder mit Verhaltenstherapie oder mit systemischer Therapie durchgeführt wurden.

Fachliche Nachweise gem. § 5 Abs. 8 Psychotherapie-Vereinbarung

Entsprechende Zusatzqualifikationen für die Genehmigung zur Ausführung der Methode EMDR müssen an oder über anerkannte Weiterbildungsstätten erworben worden sein

- Zeugnisse und Bescheinigung, aus denen sich ergibt, dass Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und der EMDR erworben wurden

oder

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

und

- Nachweis über mindestens 5 abgeschlossene EMDR-Behandlungsabschnitte, 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 Buchstabe c, e Datenschutz-Grundverordnung. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung



**Antrag auf Abrechnungsgenehmigung
psychotherapeutischer Leistungen**
Ärztlicher Psychotherapeut



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)