

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-Team-4@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

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

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

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