

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, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Fachpsychotherapeuten

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

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Psychotherapeut, Bevollmächtigte	sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Psychotherapeut

Betriebsstättennummer (BSNR)	<input type="text"/>
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<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
_____ Name des Krankenhauses des ermächtigten Therapeuten	

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				
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"/>			

Maßnahmen der Psychosomatischen Grundversorgung

Autogenes Training (AT)

Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (PMR)

Hypnose

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 Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

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 mindestens 40 Stunden Theorie der Traumabehandlung und EMDR **und**
- Nachweis über mindestens 40 Therapieeinheiten Traumabehandlungen in Einzeltherapie, in denen EMDR im Rahmen von mindestens 5 abgeschlossenen Behandlungsabschnitten angewendet wurde – unter Supervision von mindestens 10 Stunden

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

Fachliche Nachweise gemäß § 7 Abs. 2 bis 4 Psychotherapie-Vereinbarung für Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung

- Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Fachpsychotherapeut

- Nachweis über die fachliche Befähigung in einem Psychotherapieverfahren **und**
- Nachweis über den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der jeweils beantragten Technik (AT, PMR oder Hypnose) im Rahmen des o.g. Fachkundenachweises
- oder**
- Nachweis über jeweils zwei durch die Ärzte- o. Psychotherapeutenkammer zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen von jeweils mindestens 16 Stunden im Abstand von mindestens drei Monaten für die entsprechende beantragte Technik

Fachliche Nachweise gem. § 8 Psychotherapie-Vereinbarung für Gruppenpsychotherapie

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