

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
von Psychotherapie bei Erwachsenen**

Name _____

**Praxisanschrift
Straße:** _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Niedergelassene Vertragsärzte/Vertragstherapeuten:

- Ich bin niedergelassen.
- Die Niederlassung ist geplant ab: _____
- Ich übernehme die Praxis von: _____
ab: _____.

**Angestellte Ärzte/Therapeuten/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):
Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.**

- Ich bin in einer Praxis angestellt.
- Ich plane die Anstellung in der Praxis von: _____
ab: _____
- Ich bin in einem MVZ tätig.
- Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ _____
ab: _____

Ermächtigte Ärzte/Therapeuten:

- Ich bin als Krankenhausarzt/Krankenhaustherapeut ermächtigt.
- Die Ermächtigung ist geplant ab: _____

Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Psychotherapie bei Erwachsenen als Einzelbehandlung oder als Gruppenbehandlung oder als Einzel- und Gruppenbehandlung nach der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung) und weise die Anforderungen durch Bescheinigungen und Zeugnisse nach.

Nachweis der fachlichen Voraussetzungen

- Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung:
- Psychiatrie und Psychotherapie oder
 - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
 - Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit Zusatzbezeichnung
 - Psychotherapie oder
 - Psychoanalyse

und

- Ich verfüge über den Fachkundenachweis/die Weiterbildung in
- Verhaltenstherapie
 - tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie
 - Psychoanalyse
 - Systemischer Therapie
- Die Urkunde ist diesem Antrag als Anlage beigelegt.

und

Ich weise die fachlichen Voraussetzungen durch die Vorlage von Weiterbildungszeugnissen nach, die eine Weiterbildung im entsprechenden Psychotherapieverfahren bei Erwachsenen als Einzel- und Gruppentherapie belegen.

Sofern die Gruppentherapie nicht Bestandteil der Aus- oder Weiterbildung war, ist die fachliche Befähigung für den Bereich der Gruppentherapie durch folgende Nachweise zu führen:

Eingehende Kenntnisse und praktischer Erfahrungen in der Gruppen-Psychotherapie, davon

- mindestens 40 Doppelstunden Gruppenselbsterfahrung im jeweiligen Psychotherapieverfahren

und

- mindestens 48 Stunden eingehende theoretische Kenntnisse in der Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, einschließlich der verfahrens- und altersspezifischen Anwendung psychotherapeutischer Methoden und Techniken,

und

- mindestens 60 Therapieeinheiten eingehende praktische Erfahrungen und Fertigkeiten durch Patientenbehandlungen in kontinuierlicher Gruppenbehandlung im jeweiligen Psychotherapieverfahren, auch in mehreren Gruppen

und

- mindestens 30 Stunden Supervision der Patientenbehandlungen

Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die Anforderungen der Psychotherapie-Vereinbarung, Psychotherapie-Richtlinie zu erfüllen.
2. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen. Jede Änderung, insbesondere zur Teilnahmeform an der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung, den Ort der Leistungserbringung, werde ich unverzüglich vorab der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt schriftlich mitteilen.

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes/ Vertragstherapeuten (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes/ Therapeuten

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes/ Vertragstherapeuten

Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt/ Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

Unterschrift des Arztes/Therapeuten, der die Leistungen erbringen möchte