

**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 beigefügt.

**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 Doppelstunden kontinuierliche Gruppenbehandlung unter Supervision von mindestens 40 Stunden

**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