

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
von Psychotherapie als Gruppenbehandlung**

Name _____

Praxisanschrift
Straße: _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich besitze die Anerkennung als

Facharzt für: _____

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: _____

- Psychologische/r Psychotherapeut/in
 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in

Angabe des Richtlinienverfahrens: _____

Niedergelassene Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten:

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

Angestellte Ärzte/Psychotherapeuten/ 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:

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

Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Psychotherapie als 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:

Psychotherapeutische Medizin

oder

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Für Ärzte mit der Berechtigung zum Führen der genannten Facharztbezeichnung erstreckt sich die entsprechende Genehmigung auch auf die Behandlung in Gruppen.

oder

Ich verfüge über den Fachkundenachweis in

Verhaltenstherapie

tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Psychoanalyse

Systemischer Therapie

Die Urkunde liegt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereits vor.

Die Urkunde ist diesem Antrag als Anlage beigelegt.

und

Ich weise die fachlichen Voraussetzungen durch die Vorlage von Zeugnissen und Bescheinigungen nach:

Nachweis eingehender Kenntnisse und praktischer Erfahrungen in der Gruppen-Psychotherapie, davon

mindestens 40 Doppelstunden Selbsterfahrung in der Gruppe

und

mindestens 24 Doppelstunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Gruppen-Psychotherapie und Gruppendynamik

und

mindestens 60 Doppelstunden kontinuierliche Gruppenbehandlung unter Supervision von mindestens 40 Stunden

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/ Vertragspsychotherapeuten (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes/ Psychotherapeuten

Ort, Datum, BSNR

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

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/Psychotherapeuten, der die Leistungen erbringen möchte