

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung  
von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen**

**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 Kindern und Jugendlichen 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:

- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder
- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung
- Psychotherapie oder
- Psychoanalyse

**oder**

Ich bin

- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in oder
- Fachpsychotherapeut/in mit der Gebietsbezeichnung Psychotherapie für Kinder- und Jugendliche

**und**

Ich verfüge über den Fachkundenachweis/die Weiterbildung in

- Verhaltenstherapie
- tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie
- Psychoanalyse
- Systemischer Therapie
- Die Urkunde ist diesem Antrag als Anlage beigelegt.

**oder**

Ich bin

- Psychologische/r Psychotherapeut/in oder
- Facharzt/ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
- Facharzt/ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder
- Facharzt/ärztin in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit Zusatzbezeichnung
- Psychotherapie oder
- Psychoanalyse

**und**

Ich weise die fachlichen Voraussetzungen durch die Vorlage folgender Zeugnisse nach:

Eingehende Kenntnisse und praktischer Erfahrungen in der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen

- 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**

- 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

**und**

- mindestens 50 Stunden Supervision der Patientenbehandlungen

**Hinweis für Therapeuten mit der Genehmigung für Erwachsene:**

*Die fachliche Befähigung für Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen als Einzeltherapie kann nur für das Psychotherapieverfahren festgestellt werden, für das die fachliche Befähigung für Erwachsene als Einzeltherapie nachgewiesen wurde. Die Zusatzqualifikation muss an oder über entsprechend anerkannten Weiterbildungsstätten oder Ausbildungsstätten nach § 28 Psychotherapeutengesetz für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erworben worden sein.*

**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/ Psychotherapeuten

\_\_\_\_\_  
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