

**Antrag auf Genehmigung:**

**Psychotherapie als Psychologischer Psychotherapeut (Psychotherapie-Vereinbarung –  
Anlage 1 BMV-Ä)**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

(Name des Arztes<sup>1</sup>, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: \_\_\_\_\_

oder

Eintragsnummer der KVSH: \_\_\_\_\_

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

**Hinweise**

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter [www.kvsh.de/datenschutz](http://www.kvsh.de/datenschutz).

**Einverständnis zur Datenübermittlung**

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Registers, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV \_\_\_\_\_ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht.

**\*Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

**Betriebsstätten**

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

- alle mir erteilten Betriebsstätten

**Leistungen**

**Psychotherapie bei Erwachsenen**

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Einzelbehandlung
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Gruppenbehandlung
- Analytische Psychotherapie als Einzelbehandlung

<sup>1</sup> Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

- Analytische Psychotherapie als Gruppenbehandlung
- Verhaltenstherapie als Einzelbehandlung
- Verhaltenstherapie als Gruppenbehandlung
- Systemische Therapie als Einzelbehandlung
- Systemische Therapie als Gruppenbehandlung

#### **Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen**

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Einzelbehandlung
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Gruppenbehandlung
- Analytische Psychotherapie als Einzelbehandlung
- Analytische Psychotherapie als Gruppenbehandlung
- Verhaltenstherapie als Einzelbehandlung
- Verhaltenstherapie als Gruppenbehandlung

#### **Übende und suggestive Techniken**

- Autogenes Training
- Relaxationsbehandlung nach Jacobson
- Hypnose
- EMDR als Methode zur Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen bei Erwachsenen als Einzeltherapie**

---

#### **Fachliche Voraussetzungen\***

##### **Psychotherapie bei Erwachsenen**

- Die Fachkunde gemäß § 95c SGB V aufgrund einer vertieften Ausbildung mit Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen im jeweiligen Richtlinienverfahren wurde nachgewiesen  
Zeugnisse und Bescheinigungen gemäß Psychotherapie-Vereinbarung über den Nachweis einer Gruppenqualifikation **-bitte beifügen-**

##### **Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen**

- Nachweise über eine Weiterbildung im Bereich der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen gemäß Psychotherapie-Vereinbarung **-bitte beifügen-**
- Zeugnisse und Bescheinigungen gemäß Psychotherapie-Vereinbarung über den Nachweis einer Gruppenqualifikation **-bitte beifügen-**

##### **Übende und suggestive Techniken**

- Nachweis des Erwerbs eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in diesen Techniken im Rahmen des Fachkundenachweises **-bitte beifügen-**  
oder
- Nachweise über die erfolgreiche Teilnahme an zwei Kursen von jeweils acht Doppelstunden im Abstand von mindestens sechs Monaten in den jeweiligen Techniken **-bitte beifügen-**
- **EMDR als Methode zur Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen bei Erwachsenen als Einzeltherapie** **-bitte beifügen-**
- Nachweise über eine EMDR-Weiterbildung gemäß Psychotherapie-Vereinbarung **-bitte beifügen-**

## Zustimmung

---

- Ich bestätige, die Zeiten meiner telefonischen persönlichen Erreichbarkeit zur Terminkoordination gemäß § 1 Abs. 8 der Psychotherapie-Richtlinie zeitnah nach Aufnahme der vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit im eKVSH-Portal zu hinterlegen.

## Unterschrift(en)

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
ggf. Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung**  
ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

\_\_\_\_\_  
Angestellte Person