

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Sicherstellung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

## Antrag

auf **Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Systemischen Therapie** im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch **Psychologische Psychotherapeuten**

**Hinweis:** Zur Ausführung und Abrechnung weiterer Leistungen nach § 4 i.V.m. § 6 der Vereinbarungen über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapievereinbarungen), verwenden Sie bitte das Formular „**Genehmigungsantrag – Psychologische Psychotherapeuten**“

### 1. Allgemeine Angaben

**Antragsteller** (bei angestelltem Therapeut ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Therapeut der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Therapeut der BAG-Vertretungsberechtigte)

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_ **Vorname** \_\_\_\_\_

**BSNR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der **Hauptbetriebsstätte**

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
**Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift**

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Arzt/Therapeut seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG \_\_\_\_\_  
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ \_\_\_\_\_  
(Name des MVZ)

Ich bin ermächtigter Arzt/Therapeut seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Ich habe eine Sonderbedarfszulassung beantragt

### Die Antragstellung erfolgt für

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Therapeuten:

LANR: | | | | | | | | | | | |

Titel \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Angestellter Therapeut bei o. g. Einzelpraxis seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Angestellter Therapeut bei o. g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Angestellter Therapeut im o. g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Therapeut im o. g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

## 2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur **Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Systemischen Therapie bei Erwachsenen** nach § 4 i.V.m. § 6 der Vereinbarungen über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung) als

- Einzelbehandlung nach dem Leistungsinhalt der Gebührenordnungsnummern 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35151, 35152, 35431, 35432, 35435, EBM  
*und / oder*
- Gruppenbehandlung, probatorische Sitzungen im Gruppensetting, Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung nach dem Leistungsinhalt der Gebührenordnungsnummern 35163 - 35169, 35173 - 35179, 35703, 35704, 35705, 35706, 35707, 35708, 35709, 35713, 35714, 35715, 35716, 35717, 35718, 35719, EBM

## 3. Fachliche Voraussetzungen

Es wird bestätigt, dass ich bzw. der beim Antragsteller tätige Therapeut, über die nachstehend genannten fachlichen Voraussetzungen verfüge/verfügt:

3.1	<b>Systemische Therapie bei Erwachsenen als Einzelbehandlung</b>
<input type="checkbox"/>	Nachweis über die Fachkunde gemäß § 95 c SGB V aufgrund einer vertieften Ausbildung mit Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Systemischen Therapie <b>oder</b>
<input type="checkbox"/>	Fachkundenachweis gemäß § 95c SGB V in analytischer Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder Verhaltenstherapie und zusätzlich der Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Systemische Therapie <b>oder</b>
<input type="checkbox"/>	Fachkundenachweis gemäß § 95c SGB V in analytischer Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder Verhaltenstherapie und zusätzliche Bescheinigung oder Zeugnis der zuständigen Psychotherapeutenkammer, aus der bzw. dem sich ergibt, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Systemischen Therapie

	bei Erwachsenen gleichwertig mit der Zusatzbezeichnung Systemische Therapie gemäß Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer erworben wurden (dies gilt nur, wenn gemäß Weiterbildungsordnung der zuständigen Psychotherapeutenkammer keine Zusatzweiterbildung in Systemischer Therapie bzw. Übergangsregelungen zur Anerkennung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen bestehen).
<b>3.2</b>	<b>Systemische Therapie bei Erwachsenen als Gruppenbehandlung, probatorische Sitzungen im Gruppensetting bei Erwachsenen, Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung bei Erwachsenen</b>
<input type="checkbox"/>	Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen nach 3.1 <b>und</b>
<input type="checkbox"/>	mindestens 40 Doppelstunden systemische Selbsterfahrung in der Gruppe <b>und</b>
<input type="checkbox"/>	mindestens 24 Doppelstunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Gruppen-Psychotherapie und Gruppendynamik in Systemischer Therapie <b>und</b>
<input type="checkbox"/>	mindestens 60 Doppelstunden kontinuierliche Gruppenbehandlung – auch in mehreren Gruppen – unter Supervision von mindestens 40 Stunden mit Systemischer Therapie

**Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Therapeut) bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.**

**Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.**

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise als Kopie dem Antrag beizulegen.

**Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt/Therapeut / BAG-  
Vertretungsberechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter

**Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätiger Therapeut

Stempel Antragsteller

Checkliste	Sind dem Antrag beigefügt
Bescheinigungen/Nachweise, siehe unter Punkt 3. Fachliche Voraussetzung	<input type="checkbox"/>

### Genehmigungsantrag – Anhang –



## Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Die folgenden Rechtsgrundlagen können Sie bei Bedarf unter nachfolgenden Links abrufen:

Die komplette Darstellung des SGB V, der Bundesmantelverträge und der Ärzte – ZV:  
<http://www.kvb.de/service/rechtsquellen/s>

Vereinbarungen über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung  
<http://www.kbv.de//sevice/rechtsquellen/p>

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz).  
Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.