

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung Team 1  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt

## Psychotherapie

### Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen

#### Rechtsgrundlage: Die derzeit gültige Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung)

*Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.*

*Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.*

*Die mit \* gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder. Diese Angaben helfen uns bei der Bearbeitung Ihres Antrags.*

*Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.*

Qualitätssicherung  
Team 1

Bianca Knaus  
Anna Sophie Zebi  
Merhawi Tewolde  
Elena Schleining  
Tel 069 24741-7216  
Fax 069 24741-68819  
qs.fb1.9@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt  
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt  
www.kvhessen.de

## Allgemeine Angaben

### Persönliche Angaben

Name, Vorname \*, Titel \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_

Privatanschrift \* \_\_\_\_\_

 \* \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \*: \_\_\_\_\_ Datum der Approbation: \_\_\_\_\_

### Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen.  
Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.

Zu einem späteren Datum \_\_\_\_\_

**Art der Tätigkeit<sup>1</sup>:**

Vertragsarzt / PP / KJP in  Einzelpraxis  MVZ  Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Angestellter Arzt / PP / KJP

in Praxis/BAG \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des anstellenden Arztes / PP / KJP

in MVZ \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des MVZ

Ermächtigter Arzt / PP / KJP \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung

Instituts-  
Ermächtigung \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters

Sicherstellungs-  
Assistent \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des anstellenden Arztes / PP / KJP **oder**  
des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes / PP / KJP

**Ort(e) der Tätigkeit<sup>2</sup>:**

Anschrift Standort: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Anschrift Standort: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

<sup>1</sup> Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte / PP / KJP sind auch vom anstellenden Arzt / PP / KJP bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben.

<sup>2</sup> Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

**Beantragte Leistungen \***

Erwachsene

Kinder/Jugendliche

**Psychotherapie Einzel**

**Arzt    PP    KJP**

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

      

Analytische Psychotherapie

      

Verhaltenstherapie

      

Systemische Therapie

  

**Psychotherapie Gruppe**

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

      

Analytische Psychotherapie

      

Verhaltenstherapie

      

Systemische Therapie

  

**Übende und suggestive Interventionen**

Autogenes Training

      

Jacobsonische Relaxationstherapie

      

Hypnose

      

**EMDR (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) im Richtlinien-Verfahren:**

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

  

Analytische Psychotherapie

  

Verhaltenstherapie

  

Systemische Therapie

  

**Bitte senden Sie uns keine Original-Unterlagen zu, da die Rücksendung nicht grundsätzlich gewährleistet werden kann. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu tackern, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.**

**Fachliche Qualifikation**

Die Voraussetzungen für die fachliche Befähigung sind in der Psychotherapie-Vereinbarung geregelt und zwar:

- für ärztliche Psychotherapeuten in § 5
- für Psychologische Psychotherapeuten in § 6 und
- für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in § 7.

Die aktuelle Psychotherapie-Vereinbarung kann unter [www.kvhessen.de](http://www.kvhessen.de) heruntergeladen werden.

**Erklärungen und Hinweise**

- Für Ärzte und Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die eine Ermächtigung bzw. eine eingeschränkte Zulassung zur Teilnahme an der vertraglichen Versorgung beantragt haben, kann eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung bzw. im Rahmen der eingeschränkten Zulassung wirksam werden.
- BSNR-Änderungen und Anschriften-Änderungen sind mitzuteilen.
- Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertraglichen Tätigkeit führen können.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Antragsstellers \*

.....  
ggf. Praxisstempel

**Gilt nur für angestellte bzw. beschäftigte Ärzte / PP / KJP**

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des MVZ-Leiters bzw.  
Unterschrift des anstellenden Arztes / PP / KJP (\*)

.....  
Stempel

Stand: Februar 2021