

Arztstempel
-------------

## Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Psychotherapie, Systemische Therapie und EMDR

### Allgemeine Hinweise:

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus

### Antragsteller

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

--

Anschrift der Hauptbetriebsstätte


### Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

--	--

Fachrichtung

--

Vertragsarzt    Angestellter Arzt    Ermächtigter Arzt    Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab \_\_\_\_\_

Ansprechpartner für Rückfragen: \_\_\_\_\_

Name, Telefonnummer, E-Mail

Die Leistungen werden beantragt für den Standort der Betriebsstätte:

Zweigpraxis (bitte ankreuzen, wenn die Betriebsstätte eine Zweigpraxis ist)

1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_
  4. \_\_\_\_\_
- Angabe der Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort (Betriebsstätten-Nr.)

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Sofern Leistungen für den Standort einer Zweigpraxis beantragt werden, teilen Sie dem Arztregister der KV Hamburg ([arztregister@kvhh.de](mailto:arztregister@kvhh.de)) bitte Folgendes mit:

- ➔ Beginn der Tätigkeitsaufnahme in der Zweigpraxis
- ➔ voraussichtlicher Umfang der Tätigkeit in der Zweigpraxis (wöchentliche Stundenzahl)
- ➔ Handelt es sich um eine ausschließliche Tätigkeit in der Zweigpraxis?

### Fachliche Qualifikation

Ich bin

- Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Ich bin Facharzt für

- Psychotherapeutische Medizin
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Ich bin Arzt mit der Zusatzbezeichnung:

- Psychotherapie
- Psychoanalyse

### Psychotherapieverfahren / Fachkundenachweis

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

als **Einzeltherapie** bei

- Erwachsenen
- Kindern und Jugendlichen

als **Gruppentherapie** bei

- Erwachsenen
- Kindern und Jugendlichen

## Qualifikationsnachweise ärztlicher Psychotherapeuten

- Zeugnisse und/oder Bescheinigungen, aus denen hervorgeht, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen im Gebiet der Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie erworben wurden.

**Hinweis:** Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

## Systemische Therapie

- Einzeltherapie  Gruppentherapie

## Fachliche Qualifikationen

### Psychologischer Psychotherapeut

- Fachkundenachweis gemäß § 95c SGB Systemische Therapie bei Erwachsenen  
**oder**  
 Fachkundenachweis gemäß § 95c SGB V in einem Richtlinienverfahren (TP,VT oder AP und die Zusatzbezeichnung Systemische Therapie  
**oder**  
 Fachkundenachweis gemäß § 95c SGB V in einem Richtlinienverfahren (TP,VT oder AP) und zusätzlich Bescheinigung oder Zeugnis der zuständigen Psychotherapeutenkammer, aus der beziehungsweise dem sich ergibt, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Systemischen Therapie bei Erwachsenen gleichwertig mit der Zusatzbezeichnung Systemische Therapie erworben wurden

### Arzt

- Berechtigung zum Führen der Bezeichnung Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder FA/FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder der Zusatzbezeichnung Psychotherapie  
**und**  
 Weiterbildungszeugnis, aus dem sich ergibt, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Systemischen Therapie bei Erwachsenen erworben wurden  
**oder**  
 Bescheinigung oder Zeugnis der zuständigen Ärztekammer, aus der sich ergibt, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Systemischen Therapie bei Erwachsenen erworben wurden.

**Hinweis:** Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

## EMDR

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

## Fachliche Qualifikationen

- Zeugnisse und Bescheinigungen, aus denen sich ergibt, dass Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und der EMDR erworben wurden.

Ist im Rahmen der Weiterbildung diese Qualifikation nicht erworben worden, ist nachzuweisen, dass

- mindestens 40 Stunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Traumabehandlung und EMDR

**und**

- mindestens 40 Stunden Einzeltherapie – mit mindestens 5 abgeschlossenen EMDR Behandlungsabschnitten – unter Supervision von mindestens 10 Stunden mit EMDR durchgeführt wurden.

**Hinweis:** Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

## Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung)

## Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigungen, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchsten Gebühren bis zu 300 € erhoben.

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen
- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung ein.

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G  
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06  
BIC: DAAEEDDDXXX  
Vermerk: Gebühr für Genehmigung

**Hinweis:** Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

## Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeit auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH

## Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040 / 22 802 820.

## Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie:

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist
- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag der Praxisaufnahme erbringen und abrechnen dürfen
- dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss
- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Name in Druckbuchstaben**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Antragsteller**

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Name in Druckbuchstaben**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Angestellter**

## Unterschriftenformular zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG

**Hinweis:** Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein

BAG	Datum ab
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

**(Name des Anstellenden)**

Name, Vorname des Angestellten	Anstellungsdatum
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

**Hinweis:** Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftenbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel