Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Genehmigungspflichtige Leistungen
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

genehmigung@kvhh.de

Arztstempel/Praxisstempel

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen 1. Psychosomatischen Grundversorgung 2. übenden und suggestiven Techniken in Einzel- und Gruppenbehandlung

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**) 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?

Beantragte Leistungen

☐ Psychosomatische Grundversorgung
☐ Autogenes Training
☐ Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson
☐ Hypnose

Qualifikationsnachweise

Psychosomatischen Grundversorgung

- Theorieseminar von mind. 20-stündiger Dauer, in denen Kenntnisse zur Theorie der Arzt-Patient-Beziehung, Kenntnisse und Erfahrungen in psychosomatischer Krankheitslehre und der Abgrenzung psychosomatischer Störungen von Neurosen und Psychosen und Kenntnisse zur Krankheit und Familiendynamik, Interaktion in Gruppen, Krankheitsbewältigung und Differentialindikation von Psychotherapie-Verfahren erworben wurden.
  und
- Nachweis über die Teilnahme an Balintgruppen von mind. 30-stündiger Dauer (d.h. bei Balintgruppen mindestens 15 Doppelstunden) in regelmäßigen Abständen über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten.
  und
- Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken von mindestens 30-stündiger Dauer

Übende und suggestive Techniken im Einzel- und Gruppenbehandlung

- Nachweise über die erfolgreiche Teilnahme an zwei Kursen von jeweils 8 Doppelstunden im Abstand von 3 Monaten in den jeweilig beantragten Techniken
  oder
- Weiterbildungszeugnisse, aus denen sich ergibt, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in diesen Techniken im Rahmen der Weiterbildung erworben wurden

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 Abrechnungsgenehmigung, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren von bis zu 300,00 € 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: DAAEDEDDXXX
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. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040 / 22 802 802.

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 Antragssteller

_____	_____	_____
Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift Antragssteller

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.

Antragsteller

BAG

Datum ab

_____ _____

(Name des Anstellenden)

Name, Vorname des Angestellten

Anstellungsdatum

_____ _____

Hinweis: Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftsbevollmächtigten. 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