

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 Ärzte**

Hinweis: Zur Ausführung und Abrechnung weiterer Leistungen nach § 4 i.V.m. § 5 der Vereinbarungen über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarungen), verwenden Sie bitte das Formular „**Genehmigungsantrag – Ärztliche Psychotherapeuten**“

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt 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 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 seit/ab: _____
tt.mm.jj

Ich habe eine Sonderbedarfszulassung beantragt

Die Antragstellung erfolgt für

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Titel _____

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Angestellter Arzt bei o. g. Einzelpraxis seit/ab: _____
tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o. g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: _____
tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o. g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj

Vertragsarzt 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. § 5 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 nach dem Leistungsinhalt der Gebührenordnungsnummern 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 Arzt, über die nachstehend genannten fachlichen Voraussetzungen verfüge/verfügt:

3.1	Systemische Therapie bei Erwachsenen als Einzelbehandlung
<input type="checkbox"/>	„Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ oder
<input type="checkbox"/>	„Psychotherapeutische Medizin“ oder
<input type="checkbox"/>	„Psychiatrie und Psychotherapie“ oder
<input type="checkbox"/>	Zusatzbezeichnung „Psychotherapie - fachgebunden“, bzw. „Psychotherapie“ und
<input type="checkbox"/>	Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Systemischen Therapie bei Erwachsenen durch die Vorlage von Weiterbildungszeugnissen oder einer ergänzenden Bescheinigung der zuständigen Landesärztekammer



3.2	Systemische Therapie bei Erwachsenen als Gruppenbehandlung
<input type="checkbox"/>	Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen nach 3.1
	und
<input type="checkbox"/>	den Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen (nachfolgende Auflistung muss aus dem Weiterbildungszeugnis hervorgehen) in der Systemischen Therapie bei Erwachsenen in Gruppen durch die Vorlage von Weiterbildungszeugnissen
	oder
<input type="checkbox"/>	mindestens 40 Doppelstunden systemische Selbsterfahrung in der Gruppe
	und
<input type="checkbox"/>	mindestens 24 Doppelstunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Gruppen-Psychotherapie und Gruppendynamik
	und
<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 Arzt) 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 Vertragsarzt / BAG-Vertretungsberechtigter /
MVZ-Vertretungsberechtigter 

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt 

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/praxis/rechtsquellen/rechtsquellen-bund/grundlagen/>.

Vereinbarungen über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung
<http://www.kbv.de/rechtsquellen/2308.html>

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