

3.2	Systemische Therapie bei Erwachsenen als Gruppenbehandlung, probatorische Sitzungen im Gruppensetting bei Erwachsenen, Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung bei Erwachsenen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen nach 3.1 und</p> <p>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</p> <p>mindestens 40 Doppelstunden systemische Selbsterfahrung in der Gruppe und</p> <p>mindestens 24 Doppelstunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Gruppen-Psychotherapie und Gruppendynamik und</p> <p>mindestens 60 Doppelstunden kontinuierliche Gruppenbehandlung – auch in mehreren Gruppen unter Supervision von mindestens 40 Stunden – mit Systemischer Therapie</p>

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/service/rechtsquellen/s>

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

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.