

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung &
Mitgliederservice Sonderverträge
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

Neuropsychologie

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung neuropsychologischer Leistungen

Rechtsgrundlage: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA Richtlinie) zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung nach Anlage I Nummer 19 (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung MVV)

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.

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

Qualitätssicherung
Substitution & weitere Genehmigungen

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 _____

Persönliche Angaben

 _____  _____  _____

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 Tätigkeit¹:

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 Tätigkeit²:

Anschrift Standort: _____
_____ BSNR: _____

 _____  _____  _____

Anschrift Standort: _____
_____ BSNR: _____

 _____  _____  _____

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

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

² 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.

Leistungsspektrum (Gebührenordnungsposition = GOP)

Beantragte Leistungen

Die Genehmigung soll den Leistungsinhalt des Abschnitts 30.11 Kapitel 30 EBM umfassen:

GOP 30930 EBM - Krankheitsspezifische neuropsychologische Diagnostik mittels Testverfahren

GOP 30931 EBM - Probatorische Sitzung

GOP 30932 EBM - Neuropsychologische Therapie als Einzelbehandlung

GOP 30933 EBM - Neuropsychologische Therapie als Gruppenbehandlung

GOP 30934 EBM - Erstellung eines Therapieplans

GOP 30935 EBM - Bericht bei Therapieverlängerung im Einzelfall

Fachliche Qualifikation

Nach § 6 Abs. 2 der Anlage I Punkt 19 zur Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses sind zur Abrechnung der neuropsychologischen Diagnostik Stufe 2 und der neuropsychologischen Therapie bestimmte Qualifikationen der Leistungserbringer erforderlich:

Ich bin berechtigt zum Führen der Facharztbezeichnung für

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Nervenheilkunde | <input type="checkbox"/> Psychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie | |
| <input type="checkbox"/> Neurochirurgie | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie | |

oder

Ich habe die fachliche Befähigung in einem Verfahren nach § 13 der Psychotherapie-Richtlinie und bin

- Ärztlicher Psychotherapeut
- Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

UND

- weise die Voraussetzungen für eine neuropsychologische Zusatzqualifikation inhaltsgleich oder gleichwertig der jeweiligen Zusatzbezeichnung für Neuropsychologie gemäß Weiterbildungsordnung einer Landespsychotherapeutenkammer oder gemäß der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer.
- Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beigelegt.**

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.

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.

Erklärungen und Hinweise

- Es wird versichert, dass die Leistungen nach den in § 7 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung nach Anlage I Punkt 19 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV) festgelegten Bestimmungen durchgeführt werden.
- Ich verpflichte mich, patientenbezogene Dokumentation nach den in § 9 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV) genannten Vorgaben, die eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglicht, zu erstellen und diese im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß § 10 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen auf Verlangen vorzulegen.
- Für Ärzte und Psychotherapeuten, 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.
- 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 Ärzte / PP / KJP

.....
Datum

.....
Unterschrift des MVZ-Leiters bzw.
Unterschrift des anstellenden Arztes / PP / KJP

.....
Stempel

Stand: Dezember 2020