

arztregister@kvhh.de

- wird von der KV Hamburg ausgefüllt -

|                             |                               |                    |
|-----------------------------|-------------------------------|--------------------|
| WB-Befugnis vorhanden       |                               | lt. akt. Liste ÄKH |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |                    |
| WBA erfüllt Voraussetzung   |                               | MA Kürzel          |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |                    |

Kassenärztliche Vereinigung  
Hamburg  
Arztregister  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg

Praxisstempel

## Antrag auf Förderung der psychotherapeutischen Weiterbildung

nach der Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg zur Förderung der Weiterbildung aus Mitteln des Strukturfonds gem. § 3 Satz 2 Nr. 2 des Beschlusses über die Bildung eines Strukturfonds nach § 105 SGB V der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

**Hinweis:** Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind Ärztinnen und Psychotherapeutinnen eingeschlossen. Zudem werden unter der Bezeichnung "Vertragspsychotherapeut" sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verstanden.

**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 im Internet unter:

<https://www.kvhh.net/de/datenschutzhinweis.html>

Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

**Die Förderung der Weiterbildung wird für folgende Fachrichtung beantragt:**

**Psychotherapie für**

- Erwachsene
- Kinder und Jugendliche
- Neuropsychologie

**einschließlich der Qualifizierung für**

- Analytische Psychotherapie
- Systemische Psychotherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

**Name des Antragstellers**

ggf. Titel, Vorname, Name / Medizinisches Versorgungszentrum

**Name aller weiterbildenden Psychotherapeuten - ausweislich der Weiterbildungsbefugnis -**

ggf. Titel, Vorname, Name

**LANR des weiterbildenden Psychotherapeuten, dem der Psychotherapeut in Weiterbildung federführend zugeordnet werden soll - ausweislich der Weiterbildungsbefugnis -**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Betriebsstätten-Nr.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Name des Psychotherapeuten in Weiterbildung**

ggf. Titel, Vorname, Name

|  |
|--|
|  |
|--|

**E-Mail der Praxis**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Zeitraum des Weiterbildungsabschnitts:**

Vom

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

bis

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

**Umfang der Beschäftigung:**

Ganztags (mindestens 40 Stunden): 

|  |
|--|
|  |
|--|

 Stunden / Woche

in Teilzeit mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von (Stunden / Woche) 

|  |
|--|
|  |
|--|

, dies

entspricht \_\_\_\_\_ % einer Vollzeitbeschäftigung. Die Stundenzahl im Falle einer Vollzeitbeschäftigung würde \_\_\_\_\_ Stunden / Woche betragen.

**Monatliche Vergütung**

Hiermit beantrage ich für den o. g. Zeitraum die finanzielle Förderung des o. g. Psychotherapeuten in Weiterbildung.

Das monatliche Bruttoentgelt beträgt: 

|  |
|--|
|  |
|--|

 Euro.

**Genehmigung der Beschäftigung des Psychotherapeuten in Weiterbildung**

Eine Genehmigung zur Weiterbildung wurde durch die KV Hamburg erteilt:

Ja, für den Zeitraum vom 

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

 bis 

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Nein, der Antrag auf Genehmigung der Beschäftigung eines Psychotherapeuten in Weiterbildung ist vollständig beigefügt.

**Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigefügt:**

**Hinweis:** Machen Sie bitte Kopien von den benötigten Unterlagen.

- unterschriebener Arbeitsvertrag, aus dem das mit dem Psychotherapeuten in Weiterbildung vereinbarte Bruttogehalt, die Dauer der Weiterbildungszeit beim Antragsteller sowie Name und Anschrift des Antragstellers und des Psychotherapeuten in Weiterbildung, hervorgeht.

Alle Details zu den Regelungen finden Sie in der Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg zur Förderung der Weiterbildung aus Mitteln des Strukturfonds gem. § 3 Satz 2 Nr. 2 des Beschlusses über die Bildung eines Strukturfonds nach § 105 SGB V der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg. Bitte beachten Sie, dass...

...erst mit Eingang der vollständigen Unterlagen und Prüfung des Antrages eine Genehmigung erfolgen kann. Eine rückwirkende Genehmigung für Zeiten vor der Antragstellung ist nicht möglich.

...der Antrag mindestens vier Wochen vor Beginn der beabsichtigten Beschäftigung des Psychotherapeuten in Weiterbildung gestellt werden sollte, damit eine rechtzeitige Bearbeitung sichergestellt werden kann.

...die Leistungen, die die Psychotherapeuten in Weiterbildung in Ihrer Praxis erbringt, mit der lebenslangen Arztnummer (LANR) des weiterbildenden Psychotherapeuten gekennzeichnet werden.

...die Beschäftigung eines Psychotherapeuten in Weiterbildung nach § 32 Abs. 3 und 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) nicht zur Vergrößerung der Vertragspraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfanges dienen darf und der Psychotherapeut in Weiterbildung zur Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten anzuhalten ist.

**Hinweis:** Bitte beachten Sie, dass eine Bewilligung erst erteilt werden kann, wenn der Antrag vollständig, mit allen erforderlichen Unterlagen, vorliegt. Die Bearbeitungszeit von 4 Wochen beginnt erst zu diesem Zeitpunkt. Eine rückwirkende Genehmigung ist **nicht** möglich.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

Name in Druckbuchstaben

## Erklärung der weiterbildenden Praxis

- ➔ Wir bestätigen, dass die genehmigten Fördermittel in voller Höhe an den Psychotherapeuten in Weiterbildung abgeführt werden.
- ➔ Wir bestätigen, dass wir, sofern wir den geförderten Psychotherapeuten in Weiterbildung nicht im Rahmen der Weiterbildung beschäftigen, die Fördermittel an den KV Hamburg zurückzahlen.
- ➔ Wir bestätigen, dass wir jährlich bis zum 15.01. des auf die Förderung folgenden Jahres und nach Abschluss der Förderung der KV Hamburg einen Nachweis der monatlichen Gehaltszahlungen vorlegen.
- ➔ Uns ist bekannt, dass wir ein vorzeitiges Beenden/Ausscheiden des Psychotherapeuten in Weiterbildung unverzüglich der KV Hamburg mitteilen.
- ➔ Uns ist bekannt, dass wir die KV Hamburg unverzüglich informieren, sollte sich die Weiterbildungsbefugnis der Psychotherapeutenkammer Hamburg ändern.
- ➔ Uns ist bekannt, dass die KV Hamburg nur Weiterbildungszeiten fördert, welche von der Psychotherapeutenkammer Hamburg auf die Weiterbildung angerechnet werden.
- ➔ Uns ist bekannt, dass wir jeden Krankheitstag und die erhaltenen Leistungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) des Psychotherapeuten in Weiterbildung der KV Hamburg unverzüglich mitteilen.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift aller zugelassenen Psychotherapeuten

Name in Druckbuchstaben

## Erklärung des bei der weiterbildenden Praxis angestellten Psychotherapeuten

- ➔ Mir ist bekannt, dass ich Änderungen betreffend der vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit der KV Hamburg unverzüglich mitteilen werde.
- ➔ Mir ist bekannt, dass ich Änderungen betreffend meiner Weiterbildungsbefugnis der Psychotherapeutenkammer Hamburg der KV Hamburg unverzüglich mitteilen werde

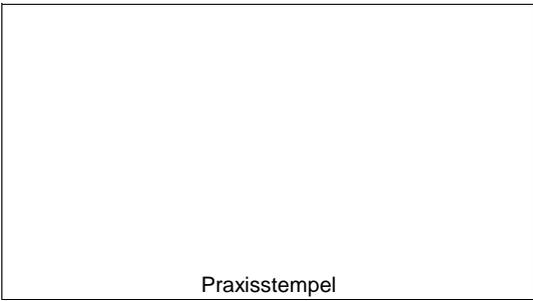
---

Ort und Datum

---

Unterschrift angestellter weiterbildungsermächtigter Psychotherapeut

Name in Druckbuchstaben



Kassenärztliche Vereinigung  
Hamburg  
Arztregister  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg

Praxisstempel

**Hinweis:** Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind Ärztinnen und Psychotherapeutinnen eingeschlossen. Zudem werden unter der Bezeichnung "Vertragsarzt" auch Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verstanden.

### Angaben des Psychotherapeuten in Weiterbildung zum

#### Psychotherapeuten für

- Erwachsene
- Kinder und Jugendliche
- Neuropsychologie

#### einschließlich der Qualifizierung für

- Analytische Psychotherapie
- Systemische Psychotherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

ggf. Titel, Vorname, Name

Ich möchte im Zeitraum vom

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

bis

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

bei  als Psychotherapeut in Weiterbildung tätig werden.

Der weiterbildende Psychotherapeut hat bei der KV Hamburg einen Antrag auf Genehmigung der Anstellung eines Psychotherapeuten in Weiterbildung sowie einen Antrag auf Förderung der Weiterbildung gestellt.

#### Diesem Bogen werden folgende Unterlagen beigelegt:

**Hinweis:** Machen Sie bitte Kopien von den benötigten Unterlagen.

- ➔ ein Nachweis über eine Weiterbildungsplanung bzw. der Nachweis über eine sog. Verbundweiterbildung. Ein Muster finden Sie anbei.



## Erklärung des Arztes in Weiterbildung

- Ich verpflichte mich, dass ich den Weiterbildungsabschnitt in der weiterbildenden Praxis als Teil meiner fachpsychotherapeutische Weiterbildung im Gebiet \_\_\_\_\_ nutzen werde.
- Ich bestätige, dass ich der KVH einen Nachweis über die Weiterbildungsplanung bzw. Verbundweiterbildung (Weiterbildungsplan) vorlegen werde.
- Ich bestätige, dass ich beabsichtige nach der Beendigung der Weiterbildungszeit im vertragspsychotherapeutischen Bereich tätig zu sein.
- Ich bestätige, dass ich beabsichtige, die Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten für \_\_\_\_\_ zu absolvieren und die entsprechende Fachkunde erwerben werde.
- Ich verpflichte mich, bei Aufnahme einer vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit die KV Hamburg zu informieren.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Psychotherapeuten in Weiterbildung

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