



Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-689  
Fax: 030 / 31 003-50730  
E-Mail: [QS-Team-1@kvberlin.de](mailto:QS-Team-1@kvberlin.de)

Praxisstempel

**Antrag auf Abrechnungsgenehmigung für die differentialdiagnostische Klärung und verbalen Interventionen bei psychosomatischen Krankheitszuständen als Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung**

gemäß Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung) gültig ab 01.04.2024

Es ist keine Antragstellung erforderlich für Ärzte, die in der vertragsärztlichen Versorgung im Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, ärztliche Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrie, Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie tätig sind oder die Zusatzbezeichnung Psychotherapie bzw. Psychoanalyse führen. Sie erhalten eine automatische Berechtigung, wenn sie die Facharzt- bzw. Zusatzbezeichnung im Arztregister nachgewiesen haben.

<b>Antragsteller</b>	<b>Leistungserbringer</b>
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte	sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt

<b>Betriebsstättennummer (BSNR)</b>	<input type="text"/>
<b>Lebenslange Arztnummer (LANR)</b> (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG
	_____
	Name des Krankenhauses

<b>Genehmigung beantragt zum</b>	_____
	Datum
<b>Zulassungsbeschluss der Sitzung vom</b>	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_



**Leistung**

- Maßnahmen der Psychosomatische Grundversorgung
  - GOP 35100 EBM - Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände
  - GOP 35110 EBM - Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen

**Leistungsort**

- Betriebsstätte

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse

- Ausgelagerter Praxisraum

- Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt

- Bescheid der Abteilung Arztregisters/Bedarfsplanung ist beigelegt

Nebenbetriebsstättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse



Die nachfolgenden fachlichen Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

### **Fachliche Nachweise gemäß § 7 Abs. 1 Psychotherapie-Vereinbarung**

- Facharztanerkennung im Gebiet: \_\_\_\_\_
- Weiterbildungszeugnisse, die die Kenntnisse in einer psychosomatisch orientierten Krankheitslehre, reflektierte Erfahrungen über die Psychodynamik und therapeutische Relevanz der Patient-Arzt-Beziehung und Fertigkeiten in verbalen Interventionstechniken als Behandlungsmaßnahme im folgenden Umfang belegen:
  - 20 Stunden theoretische Grundlagen **und**
  - 30 Stunden ärztliche Gesprächsführung mit verbalen Interventionstechniken **und**
  - 30 Stunden Reflexion der Patient-Arzt-Beziehung durch kontinuierliche Arbeit in Balint- oder patientenbezogenen Selbsterfahrungsgruppen in regelmäßigen Abständen über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten

Die Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten müssen in einem von einer Ärztekammer anerkannten Weiterbildungskurs erworben worden sein, der den Vorgaben des (Muster-)Kursbuchs Psychosomatische Grundversorgung der Bundesärztekammer in der jeweils gültigen Fassung entspricht.

## VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den rechtlichen Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung oder Erweiterung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leistungserbringer  
(sofern abweichend vom Antragsteller)