

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 / 31 003-564  
Fax: 030 / 31 003-50730  
E-Mail: QS-Team-1@kvberlin.de

Praxisstempel

### Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen der Akupunktur

gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur)

<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**

- GOP 30790 EBM - Eingangsdiagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mit Körperakupunktur
- GOP 30791 EBM - Durchführung einer Körperakupunktur und ggf. Revision des Therapieplans

**Leistungsort**

- Betriebsstätte

\_\_\_\_\_  
Adresse

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

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

\_\_\_\_\_  
Adresse

- Ausgelagerter Praxisraum

- Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt
- Bestätigung der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung ist beigelegt

\_\_\_\_\_  
Adresse

**Fachliche Voraussetzungen gemäß Abschnitt B § 3 QS-Vereinbarung**

Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung:

- Facharzt für Allgemeinmedizin, praktischer Arzt oder Arzt ohne Gebietsbezeichnung
- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- Facharzt für Kinderchirurgie
- Facharzt für Innere Medizin
- Facharzt für Chirurgie
- Facharzt für Anästhesiologie
- Facharzt für Orthopädie bzw. Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Facharzt für Neurologie, Facharzt für Nervenheilkunde, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
- Facharzt für Neurochirurgie
- Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin

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 Voraussetzungen gemäß Abschnitt B § 3 QS-Vereinbarung**

- Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Akupunktur“

**und**

- Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten im Rahmen der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie

**oder**

- Nachweise der Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer

**und**

- Abrechnungsgenehmigung von Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung im Rahmen der Psychotherapie-Vereinbarung

**oder**

- Nachweis der Teilnahme an einer Fortbildung gemäß den Vorgaben des Curriculums Psychosomatische Grundversorgung der Bundesärztekammer (80-Stunden-Curriculum „Kern (Basis) Veranstaltung“)

**Räumliche und apparative Voraussetzungen gemäß Abschnitt B § 4 QS-Vereinbarung**

- Die Durchführung der Akupunktur erfolgt in separaten, abgeschlossenen Räumen mit Liegen (ein Liegeplatz je abtrennbarer Behandlungseinheit) unter Verwendung steriler Einmalnadeln.

## VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere im Hinblick auf die

- **Anforderungen an die Durchführung und Dokumentation gem. Abschnitt C der Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur.**

Es ist bekannt, dass die Kassenärztliche Vereinigung jährlich von mindestens fünf Prozent der Ärzte, die Leistungen nach § 1 der QS-Vereinbarung erbringen und abrechnen, Dokumentationen zu zwölf abgerechneten Fällen und zu 18 abgerechneten Ausnahmefällen mit bis zu 15 Sitzungen nach § 5 Abs. 3 oder Abs. 4 QS-Vereinbarung anfordert.

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

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung 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 Buchstabe c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und der QS-Vereinbarung Akupunktur. 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)

## **EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG**

Das Einverständnis darüber, dass die zuständige Kommission im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die apparativen und Räumlichen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der QS-Vereinbarung Akupunktur entsprechen, wird erklärt.

---

Ort, Datum

---

Stempel/Unterschrift Antragsteller