



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 423, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

**Antrag auf Ausführung und Abrechnung der  
ambulanten neuropsychologischen Diagnostik und Therapie  
nach den EBM-Nrn. 30930 bis 30935**

gemäß § 3 der Nr. 19 der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“  
der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des  
Gemeinsamen Bundesausschusses  
- gültig ab 01.01.2013

Name des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR): 

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

**Die Antragstellung erfolgt:**  für mich  
 für den angestellten Arzt/PP/KJP \_\_\_\_\_  
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name)

Niedergelassener Arzt/PP/KJP in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft  
 MVZ  ÜBAG  Sonstige

Angestellter Arzt/PP/KJP in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft  
 MVZ  ÜBAG  Sonstige

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt/PP/KJP  
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR):  
(wenn vorhanden)

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

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



Hiermit beantrage ich für mich bzw. für den angegebenen angestellten Arzt/PP/KJP die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der genehmigungspflichtigen neuropsychologischen Diagnostik (gem. § 5 Abs. 3) und neuropsychologischen Therapie (gem. § 7)

**Angaben zum Tätigkeitsort**

Ich bin an folgenden Standorten tätig:

|    |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. | _____      | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    | Anschrift, | Nebenbetriebsstättennummer  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | _____      | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    | Anschrift, | Nebenbetriebsstättennummer  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | _____      | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    | Anschrift, | Nebenbetriebsstättennummer  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | _____      | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    |            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    | Anschrift, | Nebenbetriebsstättennummer  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**A) Fachliche Anforderungen gem. § 6 Abs. 2**

**1. Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung**

- Neurologie
- Neurologie und Psychiatrie
- Nervenheilkunde
- Psychiatrie
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Neurochirurgie
- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

*(Die Vorlage der Urkunde ist entbehrlich, wenn eine Eintragung mit der entsprechenden Gebietsbezeichnung im Arztregister der KV Berlin vorliegt)*

**und**



## 2. Nachweis über den Erwerb der neuropsychologischen Zusatzqualifikation

Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Neuropsychologie gemäß Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammern oder, soweit eine solche nicht besteht, gemäß der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer

**oder**

inhaltsgleiche oder gleichwertige Nachweise über die Inhalte der neuropsychologischen Zusatzqualifikation entsprechend der Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammern oder, soweit eine solche nicht besteht, gemäß der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer

**und**

## **3. für ärztliche Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** Nachweis über den Erwerb von Kenntnissen und Erfahrungen gemäß Weiterbildungszeugnis

*(Zeugnis bitte in Kopie dem Antrag beifügen)*

- in dem Verfahren tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- in den Verfahren tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie
- in dem Verfahren Verhaltenstherapie

## **B) Pflichten**

Ich verpflichte mich bzw. der angestellte Arzt/PP/KJP verpflichtet sich, die neuropsychologische Diagnostik und Therapie entsprechend der Nr.19 der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses durchzuführen und beachte/t insbesondere:

- ⇒ dass die Feststellung der Indikation zur neuropsychologischen Therapie in einer **zweistufigen Diagnostik** erfolgt. Die Stufendiagnostik darf im Rahmen einer Behandlung **nicht durch dieselben Leistungserbringer** erbracht werden (§ 5 Abs. 1),
- ⇒ dass unverzüglich nach Feststellung der Diagnose gemäß § 5 Absatz 2 eine **krankheitsspezifische neuropsychologische Diagnostik** unter Einschätzung der Therapieindikation und der Prognose für die Therapie durchzuführen ist (§ 5 Abs. 3),



- ⇒ dass **vor Beginn der Behandlung** aufbauend auf der Diagnostik gemäß § 5 Abs. 2 und 3 ein **Therapieplan**, der die krankheitswertigen Störungen gemäß den Indikationen nach § 4 sowie die für die jeweiligen Krankheitsphasen vorgesehenen therapeutischen Maßnahmen nach § 7 Abs. 3 und deren Umfang und Frequenz beinhaltet, zu **erstellen** ist. Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin soll über den Therapieplan informiert werden (Einwilligung des Patienten vorausgesetzt). Bei gleichzeitiger Behandlung durch andere Berufsgruppen sind die möglichen Auswirkungen dieser Behandlungsmaßnahmen im Therapieplan zu berücksichtigen (§ 5 Abs.4),
- ⇒ dass, sofern neben der neuropsychologischen Therapie ergänzend ergotherapeutische, logopädische oder physiotherapeutische Maßnahmen durchzuführen sind, diese **entsprechend den Maßgaben der Heilmittel-Richtlinie** einer vertragsärztlichen Verordnung bedürfen (§ 8) und
- ⇒ dass die gemäß § 9 Abs. 1 bis 4 vorgeschriebenen **Inhalte entsprechend dokumentiert** werden.

**Hinweis**

Zur Durchführung von Stichprobenprüfungen im Einzelfall gelten die Regelungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 136 Abs. 2 SGB V (Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung).



**ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG**

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der neuropsychologischen Therapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch mich bzw. durch den angestellten Arzt/PP/KJP erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.**

**Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.**

Berlin, den.....

.....  
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....  
Unterschrift des Leiters (Einrichtung/MVZ)