



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 462, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung

für Leistungen der Akupunktur nach den EBM-Nrn. 30790 und 30791

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR):

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

Die Antragstellung erfolgt: für mich
 für den angestellten Arzt/ Job-Sharer _____
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstige

Angestellter Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstige

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR):
(wenn vorhanden)

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

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail Adresse _____



Angaben zum Tätigkeitsort

Ich bin an folgenden Standorten tätig:

1.	_____	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
	Anschrift,	Nebenbetriebsstättennummer										
2.	_____	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
	Anschrift,	Nebenbetriebsstättennummer										
3.	_____	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
	Anschrift,	Nebenbetriebsstättennummer										
4.	_____	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
	Anschrift,	Nebenbetriebsstättennummer										

Gemäß Beschluss zu den Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch den Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 126. Sitzung mit Wirkung zum 01.07.2007 sind die Leistungen nach den EBM-Nrn. 30790 und 30791 nur von den nachfolgend aufgeführten Fachärzten (maßgeblich hierfür ist der Zulassungsstatus) nach Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung berechnungsfähig.

Ich besitze die 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



A. Nachweis der fachlichen Befähigung

(gemäß § 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur)

- 1.1 Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Akupunktur“
- 1.2 Abrechnungsgenehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranken Patienten im Rahmen der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie
oder
Nachweise der Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer
- 1.3. Abrechnungsgenehmigung von Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung im Rahmen der Psychotherapie-Vereinbarung
oder
- 1.4. Nachweis der Teilnahme an einer Fortbildung gemäß den Vorgaben des Curriculums Psychosomatische Grundversorgung der Bundesärztekammer (80-Stunden-Curriculum „Kern (Basis) Veranstaltung“)

B. Räumliche und apparative Voraussetzungen

(gemäß § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur)

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



C. Erklärung/Verpflichtung

Die Akupunktur wird nach den Maßgaben des § 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur durchgeführt.

Die regelmäßige Teilnahme an Fallkonferenzen bzw. an Qualitätszirkeln wird gemäß § 5 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur dokumentiert und in jährlichen Abständen - erstmalig ein Jahr nach Erteilung der Genehmigung - der Kassenärztlichen Vereinigung vorgelegt.

Mir ist bekannt, dass die Kassenärztliche Vereinigung jährlich von mindestens fünf Prozent der Ärzte, die Leistungen nach § 1 der 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 anfordert.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die Qualitätssicherungs-Kommission für Akupunktur die apparativen und räumlichen Gegebenheiten in meiner Praxis überprüfen kann.



Die Durchführung und Abrechnung der Akupunktur-Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin ab Datum der Bescheiderteilung zulässig** (gemäß § 2 der o.g. Vereinbarung).

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Berlin, den.....

.....
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....
Unterschrift Leiter der Einrichtung