

**Antrag auf Zulassung
eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)
gem. § 95 Abs. 1 SGB V**

ab:

| I. Angaben zur Trägergesellschaft | | | |
|--|--------------------------|---|-------------------|
| 1.) Name / Bezeichnung:..... | | | |
| 2.) Rechtsform der Trägergesellschaft:..... | | | |
| 3.) Anschrift der Trägergesellschaft: | | | |
| 4.) Gesellschafter der Trägergesellschaft!: | | | |
| Name, Vorname bzw. Bezeichnung | zugelassen / ermächtigt | anderer Vertrag über die Teilnahme an der medizin. Versorgung der Versicherten der GKV als Anlage beigefügt | |
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anlage Nr.: |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anlage Nr.: |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anlage Nr.: |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anlage Nr.: |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anlage Nr.: |
| 6. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anlage Nr.: |
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anlage Nr.: |
| 8. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anlage Nr.: |
| 9. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anlage Nr.: |
| 10. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anlage Nr.: |
| ggf. weitere Gesellschafter auf gesondertem Blatt aufführen und Nachweise beifügen | | | |

II. Angaben zum medizinischen Versorgungszentrum

1.) Name / Bezeichnung:

2.) Standort¹: Berlin,

.....
PLZ

.....
Straße

.....
Verwaltungsbezirk

Tel.:

Fax:

3.) ärztlicher Leiter / ärztliche Leiterin:

Name, Vorname

.....
Fachgebiet

.....
gegenwärtige Tätigkeit

im Arztregister eingetragen:

ja

nein

4.) Anzahl der anzufertigenden Abrechnungstempel: **Holzstempel** (ggf. andere Stempelarten vermerken)

Bitte Nachweise beifügen (z.B. Auszug aus dem Handelsregister, Gesellschaftervertrag etc.).

Sofern ein Gesellschafter nach Antragstellung oder Zulassung des MVZ nicht mehr über einen Vertrag mit der GKV verfügt, muss er als Gesellschafter ausscheiden, damit die Gesellschaft weiterhin die Voraussetzung als Träger eines MVZ behält.

Für die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts ist durch die Gesellschafter eine selbstschuldnerische Bürgschaft gem. § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V abzugeben und diesem Antrag beizulegen.

Das Vorhandensein geeigneter Räumlichkeiten und die Zustimmung des Vermieters zum Betreiben eines Medizinisches Versorgungszentrum in diesen Räumen wird mit den diesem Antrag beigefügten Unterlagen (z.B. Mietoption, bereits bestehender Mietvertrag, Lageplan.) belegt – siehe Anlage Nr.

III. Angaben zu den Ärzten, die im MVZ tätig werden sollen

III.a. Vertragsärzte

| Name, Vorname | Fachgebiet/ggf. Schwerpunkt | zugelassen/ermächt |
|--|-----------------------------|--------------------------|
| 1..... | | <input type="checkbox"/> |
| Nebentätigkeit***: <input type="checkbox"/> nein | | |
| <input type="checkbox"/> ja, bei: | | |
| Art der Tätigkeit: | zeitl. Umfang: | Std./Woche |
| 2..... | | <input type="checkbox"/> |
| Nebentätigkeit***: <input type="checkbox"/> nein | | |
| <input type="checkbox"/> ja, bei: | | |
| Art der Tätigkeit: | zeitl. Umfang: | Std./Woche |
| 3..... | | <input type="checkbox"/> |
| Nebentätigkeit***: <input type="checkbox"/> nein | | |
| <input type="checkbox"/> ja, bei: | | |
| Art der Tätigkeit: | zeitl. Umfang: | Std./Woche |
| 4..... | | <input type="checkbox"/> |
| Nebentätigkeit***: <input type="checkbox"/> nein | | |
| <input type="checkbox"/> ja, bei: | | |
| Art der Tätigkeit: | zeitl. Umfang: | Std./Woche |
| 5..... | | <input type="checkbox"/> |
| Nebentätigkeit***: <input type="checkbox"/> nein | | |
| <input type="checkbox"/> ja, bei: | | |
| Art der Tätigkeit: | zeitl. Umfang: | Std./Woche |
| 6..... | | <input type="checkbox"/> |
| Nebentätigkeit*: <input type="checkbox"/> nein | | |
| <input type="checkbox"/> ja, bei: | | |
| Art der Tätigkeit: | zeitl. Umfang: | Std./Woche |
| 7..... | | <input type="checkbox"/> |
| Nebentätigkeit***: <input type="checkbox"/> nein | | |
| <input type="checkbox"/> ja, bei: | | |
| Art der Tätigkeit: | zeitl. Umfang: | Std./Woche |

Sofern die o.a. Ärzte bisher an einem anderen Praxisstandort tätig sind, sind diesem Antrag die Anträge der Ärzte auf Praxisverlegung beigelegt.

III. Angaben zu den Ärzten, die im MVZ tätig werden sollen**III. b. angestellte Ärzte**

Name, Vorname

Fachgebiet/ggf. Schwerpunkt*

bisher zugelassen **oder** im Arztregister der
KV Berlin eingetragen

1.....

Kopie Arztregisterauszug liegt anbei (nur bei Arztregistereintragung in anderem KV-Bereich notwendig!)

ganztags bzw. Teilzeit** im Umfang von 25 %, 50 % oder 75 % der regulären Arbeitszeit (.....Std./Woche)

Nebentätigkeit***: nein

ja, bei:

Art der Tätigkeit: zeitl. Umfang:Std./Woche

2.....

Kopie Arztregisterauszug liegt anbei (nur bei Arztregistereintragung in anderem KV-Bereich notwendig!)

ganztags bzw. Teilzeit** im Umfang von 25 %, 50 % oder 75 % der regulären Arbeitszeit (.....Std./Woche)

Nebentätigkeit***: nein

ja, bei:

Art der Tätigkeit: zeitl. Umfang:Std./Woche

3.....

Kopie Arztregisterauszug liegt anbei (nur bei Arztregistereintragung in anderem KV-Bereich notwendig!)

ganztags bzw. Teilzeit** im Umfang von 25 %, 50 % oder 75 % der regulären Arbeitszeit (.....Std./Woche)

Nebentätigkeit***: nein

ja, bei:

Art der Tätigkeit: zeitl. Umfang:Std./Woche

* Schwerpunkt-Qualifikation muss belegt werden falls nicht bereits erfolgt (Vorlage Originaldokument oder beglaubigte Kopie)

| | |
|---------------------------------------|-------|
| ** Teilzeit: bis 10 Stunden pro Woche | 25 % |
| über 10 bis 20 Stunden pro Woche | 50 % |
| über 20 bis 30 Stunden pro Woche | 75 % |
| über 30 Stunden pro Woche | 100 % |

*** Sofern einer der künftig im Medizinischen Versorgungszentrum tätigen Ärzte zusätzlich eine angestellte Nebentätigkeit fortführen oder aufnehmen will, ist diesem Antrag eine Arbeitgeberbescheinigung beigelegt, die Angaben zum Arbeitsort, der Tätigkeit, dem wöchentlichen Stundenumfang und der jederzeit möglichen Abkömmlichkeit enthält.

Für ggf. weitere anzustellende Ärzte bitte diese Seite kopieren und dem Antrag beifügen.

Sofern die unter III.b. aufgeführten Ärzte bisher als Vertragsärzte in Berlin tätig sind, sind diesem Antrag jeweils die folgenden Unterlagen beigelegt:

- Arbeitsvertrag (unterschrieben)
- Lebenslauf (**aktuell**, versehen mit Datum und Unterschrift, **keine Kopie**)
- Erklärung hinsichtlich Drogen- und Trunksucht gemäß § 18 Ärzte-ZV (**aktuell**, versehen mit Datum und Unterschrift, **keine Kopie**)
- Kopie des Nachweises über die Beantragung des **polizeilichen Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde** (Belegart „0“, Behördenzeugnis! Wird durch die Meldestelle direkt an die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses übersandt.)
- Erklärung über den Verzicht auf die Zulassung unter Verwendung des dafür vorgesehenen Formblattes

Für die unter III.b. aufgeführten Ärzte, die bisher nicht als Vertragsärzte bzw. nicht in Berlin tätig sind, werden diesem Antrag folgende Unterlagen beigelegt:

- Arbeitsvertrag (unterschrieben)
- Lebenslauf (**aktuell**, versehen mit Datum und Unterschrift, **keine Kopie**)
- Erklärung hinsichtlich Drogen- und Trunksucht gemäß § 18 Ärzte-ZV (**aktuell**, versehen mit Datum und Unterschrift, **keine Kopie**)
- Kopie des Nachweises über die Beantragung des **polizeilichen Führungszeugnisses zur Vorlage bei einer Behörde** (Belegart „0“, Behördenzeugnis! Wird durch die Meldestelle direkt an die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses übersandt.)
- Kopie des **aktuellen** Auszugs aus dem Arztregister, falls die Eintragung nicht in Berlin erfolgte
- Erklärung über die Beendigung bzw. Fortführung der derzeitigen Tätigkeit

Mir / uns ist bekannt, dass der Antrag nur bei vollständiger Vorlage der vorstehend genannten Unterlagen für alle unter III. aufgeführten Ärzte dem Zulassungsausschuss zur Beratung vorgelegt werden kann.

Die Antragsgebühr** in Höhe von

100,- € für den Antrag auf Zulassung des MVZ **sowie ggf.**

je 120,- € für beigelegte Anträge auf Praxisverlegung oder Anstellung eines Arztes,

insgesamt€ wurde am auf die Kontodaten: BIC: DAAEDEDXXX • IBAN: DE16 3006 0601 0001 0039 17 bei der Deutschen Apotheker- u. Ärztebank eG, Vermerk: Zulassung MVZ, überwiesen. **Der Überweisungsbeleg ist diesem Antrag beigelegt.**

Soweit im Rahmen der beantragten Zulassung genehmigungspflichtige Leistungen erbracht werden sollen, ist mir bekannt, dass diese erst dann abrechnungs- und honorarfähig sind, **nachdem** die Kassenärztliche Vereinigung Berlin die Genehmigung für die entsprechenden Leistungen erteilt hat. Diese Leistungen sind ausschließlich persönlich von dem Arzt zu erbringen, für den die Genehmigung zuvor gesondert bei der KV Berlin, Abt. QS, beantragt und erteilt wurde.

Berlin,

.....
Unterschrift

.....
Name des Unterzeichnenden in Druckbuchstaben

.....
Bezeichnung der Funktion

** Bitte beachten Sie, dass gem. § 46 Ärzte-ZV darüber hinaus **nach** unanfechtbar gewordener Zulassung des MVZ eine Gebühr in Höhe von 400 € sowie **nach** erfolgter Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem MVZ eine Gebühr in Höhe von zweimal 400 € (also 800 € je neu hinzugekommener angestellter Arzt) zu entrichten ist.

.....
Name, Vorname

Erklärung hinsichtlich Drogen- bzw. Trunksucht gem. § 18 Abs. 2 Nr. 5 Ärzte ZV

Hiermit erkläre ich, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin oder dies innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin. Ich habe mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen. Der Ausübung des ärztlichen Berufes stehen keine gesetzlichen Hinderungsgründe entgegen.

Außerdem erkläre ich, dass kein strafrechtliches Ermittlungsverfahren im Zusammenhang mit der Ausübung meiner ärztlichen Tätigkeit sowie kein Verfahren über die -auch vorläufige- Entziehung, das Ruhen der Approbation gegen mich anhängig ist bzw. war.

Datum

Unterschrift

§ 21 Ärzte-ZV

¹Ungeeignet für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist ein Arzt, der aus gesundheitlichen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Gründen nicht nur vorübergehend unfähig ist, die vertragsärztliche Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben. ²Das ist insbesondere zu vermuten, wenn er innerhalb der letzten fünf Jahre vor seiner Antragstellung drogen- oder alkoholabhängig war. ³Wenn es zur Entscheidung über die Ungeeignetheit zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach Satz 1 erforderlich ist, verlangt der Zulassungsausschuss vom Betroffenen, dass dieser innerhalb einer vom Zulassungsausschuss bestimmten angemessenen Frist das Gutachten eines vom Zulassungsausschuss bestimmten Arztes über seinen Gesundheitszustand vorlegt. ⁴Das Gutachten muss auf einer Untersuchung und, wenn dies ein Amtsarzt für erforderlich hält, auch auf einer klinischen Beobachtung des Betroffenen beruhen. ⁵Die Kosten des Gutachtens hat der Betroffene zu tragen. Rechtsbehelfe gegen die Anordnung nach Satz 3 haben keine aufschiebende Wirkung.



Qualitätsgesicherte Leistungen für Ärzte

Für die Durchführung und Abrechnung folgender Leistungen bedarf es einer besonderen Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin. Dies gilt für sämtliche an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, einschließlich Anstellungen.



Eine Genehmigung wird nicht rückwirkend erteilt.

Die Erlaubnis zur Leistungserbringung sowie ein Honoraranspruch für diese Leistungen bestehen erst ab Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung.

Bei eingeschränkter Zulassung (z. B. Sonderbedarfzulassung) und Ermächtigung werden nur die Leistungen genehmigt, für die Sie zugelassen bzw. ermächtigt sind. Eine automatische Berechtigung kann ggf. auf Grund einer Zusatzbezeichnung erteilt werden, die im Arztregister registriert sein muss.

Unsere Antragsformulare sind zu finden unter:

www.kvberlin.de > Für die Praxis > Qualität > QS-Leistungen > Überblick QS-Leistungen

| Qualitätsgesicherte Leistungen | (030) 31003- | E-Mail |
|---|--------------|--|
| Akupunktur | 564 | QS-Team5@kvberlin.de |
| Ambulantes Operieren / Anästhesien | 467 | QS-Team1@kvberlin.de |
| Apherese | 567 | QS-Team5@kvberlin.de |
| Arthroskopie | 467 | QS-Team1@kvberlin.de |
| Audiometrie | 242 | QS-Team6@kvberlin.de |
| Balneophototherapie | 584 | QS-Team1@kvberlin.de |
| Belegärztliche Tätigkeit | 467 | QS-Team1@kvberlin.de |
| Botoxbehandlung bei Blasenfunktionsstörung | 384 | QS-Team1@kvberlin.de |
| Chirotherapie* | 362 | QS-Team6@kvberlin.de |
| Computertomographie (CT) | 221 | QS-Team4@kvberlin.de |
| Diabetes mellitus – Diagnostik u. Behandlung v. Begleiterkrankungen | 397 | QS-Team5@kvberlin.de |
| Diabetischer Fuß | 397 | QS-Team5@kvberlin.de |
| Dialyse | 567 | QS-Team5@kvberlin.de |
| Disease-Management-Programme (DMP) Asthma bronchiale, COPD, Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, eDMP, Koronare Herzerkrankung | 397 / 597 | QS-Team5@kvberlin.de |
| Dünndarm-Kapselendoskopie | 319 | QS-Team1@kvberlin.de |
| Empfängnisregelung (Beratung und Untersuchung, Blutentnahme für Röteln-HAH-Test) | 594 | QS-Team1@kvberlin.de |
| Entwicklungsneurologische Untersuchung / Untersuchung der Sprachentwicklung | 594 | QS-Team1@kvberlin.de |
| Früherkennungsuntersuchung – Augenscreening | 594 | QS-Team1@kvberlin.de |
| Früherkennungsuntersuchung – Hallo Baby | 307 | QS-Team5@kvberlin.de |
| Früherkennungsuntersuchung – Kinder- und Jugendmedizin | 564 | QS-Team5@kvberlin.de |
| Früherkennungsuntersuchung – Starke Kids | 564 | QS-Team5@kvberlin.de |
| Funktionsstörung der Hand (Handchirurgie)** | 319 | QS-Team1@kvberlin.de |
| Geriatrische Diagnostik | 242 | QS-Team6@kvberlin.de |
| Gestationsdiabetes | 597 | QS-Team5@kvberlin.de |

| | | |
|---|-----------|--|
| H ausarztvertrag (hausarztzentrierte Versorgung – HZV) | 384 | QS-Team1@kvberlin.de |
| Hautkrebs-Screening (Früherkennungsuntersuchung – EBM-Leistung, Sonderverträge) | 385 | QS-Team5@kvberlin.de |
| Hepatitis-C-Behandlung | 465 | QS-Team6@kvberlin.de |
| Histopathologie beim Hautkrebs-Screening | 385 | QS-Team5@kvberlin.de |
| HIV/AIDS | 385 | QS-Team5@kvberlin.de |
| Holmium-/Thulium-Laserbehandlung bei benignem Prostatasyndroms | 467 | QS-Team1@kvberlin.de |
| Homöopathie | 594 | QS-Team1@kvberlin.de |
| Hörgeräteversorgung (Kinder und Erwachsene) | 242 | QS-Team6@kvberlin.de |
| Hüftscreening bei Säuglingen (Ultraschall der Säuglingshüfte) | 694 | QS-Team2@kvberlin.de |
| Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom | 397 | QS-Team5@kvberlin.de |
| Hypertonie – Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen | 597 | QS-Team5@kvberlin.de |
| Impfen – Satzungsimpfvereinbarungen | 319 | QS-Team1@kvberlin.de |
| Interventionelle Radiologie (Katheterangiographie) | 221 | QS-Team4@kvberlin.de |
| Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM) | 467 | QS-Team1@kvberlin.de |
| Invasive Kardiologie | 594 | QS-Team1@kvberlin.de |
| K atheterevereinbarung | 319 | QS-Team1@kvberlin.de |
| Kernspintomographie – MRA, MRM, MRT | 221 | QS-Team4@kvberlin.de |
| Koloskopie | 319 | QS-Team1@kvberlin.de |
| Krebsfrüherkennung bei Frauen | 594 | QS-Team1@kvberlin.de |
| Künstliche Befruchtung | 362 | QS-Team6@kvberlin.de |
| L aboratoriumsuntersuchungen | 429 | QS-Team7@kvberlin.de |
| Langzeit-EKG | 594 | QS-Team1@kvberlin.de |
| M ammographie (kurativ) | 284 | QS-Team4@kvberlin.de |
| Mammographie-Screening | 562 | QS-Team4@kvberlin.de |
| Molekulargenetik | 429 | QS-Team7@kvberlin.de |
| MRSA | 389 | QS-Team1@kvberlin.de |
| N europhysiologische Übungsbehandlungen | 362 | QS-Team6@kvberlin.de |
| Neuropsychologische Therapie | 423 | QS-Team6@kvberlin.de |
| Nichtärztliche Praxisassistenten (NäPA) <ul style="list-style-type: none"> • delegationsfähige Leistungen - Kapitel 38 EBM • hausärztliche Versorgung - ohne Kinderärzte | 524 | QS-Team7@kvberlin.de |
| Nuklearmedizin | 595 | QS-Team4@kvberlin.de |
| O nkologie | 523 / 524 | QS-Team7@kvberlin.de |
| Onkologie „Active Surveillance“ beim Prostatakarzinom | 524 | QS-Team7@kvberlin.de |
| Onkologie Rahmenvereinbarung | 523 / 524 | QS-Team7@kvberlin.de |
| Osteodensitometrie | 284 | QS-Team4@kvberlin.de |
| Otoakustische Emissionen | 242 | QS-Team6@kvberlin.de |
| P alliativ-medizinische Versorgung | 524 | QS-Team7@kvberlin.de |
| Pflegeheimversorgung <ul style="list-style-type: none"> • Berliner Projekt • Kapitel 37 EBM | 242 | QS-Team6@kvberlin.de |
| Phlebologie | 594 | QS-Team1@kvberlin.de |
| Photodynamische Therapie am Augenhintergrund (PDT) | 594 | QS-Team1@kvberlin.de |
| Phototherapeutische Keratektomie (PTK) | 594 | QS-Team1@kvberlin.de |
| Physikalisch-medizinische Leistungen | 362 | QS-Team6@kvberlin.de |
| Polygraphie, Polysomnographie | 467 | QS-Team1@kvberlin.de |
| Positronen-Emissions-Tomographie (PET) / mit Computertomographie (PET-CT) | 684 | QS-Team1@kvberlin.de |
| Proktologie (EBM) | 594 | QS-Team1@kvberlin.de |
| Psychosomatische Grundversorgung**** | 564 | QS-Team5@kvberlin.de |
| Psychotherapie - einschl. EMDR (Ärzte) | 423 | QS-Team6@kvberlin.de |
| Q ualitätszirkel | 362 | QS-Team6@kvberlin.de |
| R adiologie (Röntgendiagnostik) | 595 | QS-Team4@kvberlin.de |
| Rheumatologie-Vereinbarung | 465 | QS-Team6@kvberlin.de |
| Rhythmusimplantat-Kontrolle | 594 | QS-Team1@kvberlin.de |

| | | |
|---|-----------|--|
| Schmerztherapie | 595 | QS-Team4@kvberlin.de |
| Sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen (alle Antragsteller) | 423 | QS-Team6@kvberlin.de |
| Soziotherapie | 423 | QS-Team6@kvberlin.de |
| Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) | 524 | QS-Team7@kvberlin.de |
| Stoßwellenlithotripsie (ESWL) | 595 | QS-Team4@kvberlin.de |
| Strahlentherapie | 284 | QS-Team4@kvberlin.de |
| Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger | 439 / 465 | QS-Team6@kvberlin.de |
| Telemedizin*** | | |
| • Rhythmusimplantat-Kontrolle | 594 | QS-Team1@kvberlin.de |
| • Videosprechstunde | 561 | QS-Team3@kvberlin.de |
| • Radiologisches Telekonsil | 562 | QS-Team4@kvberlin.de |
| Übende und suggestive Techniken (Ärzte)**** | 423 | QS-Team6@kvberlin.de |
| Ultraschalldiagnostik | | |
| • Allgemeinmedizin, Arzt, Praktischer Arzt, Urologie | 234 | QS-Team2@kvberlin.de |
| • Angiologie, Neurologie/Nervenheilkunde | 466 | QS-Team3@kvberlin.de |
| • Augenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin (HA und FA ohne Schwerpunkt) | 394 | QS-Team2@kvberlin.de |
| • Chirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Physikal. u. Rehabilit. Medizin | 340 | QS-Team3@kvberlin.de |
| • Endokrinologie und Diabetologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Onkologie, Kardiologie, KfH (Nierenzentren), Pneumologie, Rheumatologie | 484 | QS-Team3@kvberlin.de |
| • Gefäßchirurgie, Nuklearmedizin | 561 | QS-Team3@kvberlin.de |
| • Gynäkologie | 729 | QS-Team2@kvberlin.de |
| • HNO, MKG, Phoniatrie, Radiologie | 421 | QS-Team2@kvberlin.de |
| • Kinder- und Jugendmedizin, Nephrologie, Säuglingshüfte | 694 | QS-Team2@kvberlin.de |
| Vakuumstanzbiopsie der Brust (VSB) | 284 | QS-Team4@kvberlin.de |
| Videosprechstunden | 561 | QS-Team3@kvberlin.de |
| Weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung | 423 | QS-Team6@kvberlin.de |
| Zervix-Zytologie | 307 | QS-Team5@kvberlin.de |
| Zweitmeinungsverfahren | 684 | QS-Team1@kvberlin.de |

* Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Chirotherapie erhalten automatisch eine Abrechnungsgenehmigung, wenn sie die besondere Qualifikation im Arztregister nachgewiesen haben. Ein separater Antrag ist nicht erforderlich.

** Chirurgen und Orthopäden mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie erhalten automatisch eine Abrechnungsgenehmigung, wenn sie die besondere Qualifikation im Arztregister nachgewiesen haben. Ein separater Antrag ist nicht erforderlich.

*** Die persönlichen und technischen Voraussetzungen für die Leistungen sind in der Anlage 31 BMV-Ä geregelt. Die Ausführung und Abrechnung telemedizinischer Leistungen gem. Anlage 31 a, b BMV-Ä setzt die Abgabe einer Verpflichtungserklärung über die Erfüllung der technischen und organisatorischen Voraussetzungen voraus.

**** Für Ärzte, die im Gebiet Neurologie und Psychiatrie, Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie, Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zugelassen sind oder die Zusatzbezeichnung Psychotherapie bzw. Psychoanalyse führen, ist kein separater Antrag erforderlich. Diese Ärzte erhalten die Abrechnungsgenehmigung, wenn sie die besondere Qualifikation im Arztregister nachgewiesen haben.



Qualitätsgesicherte Leistungen für Ärzte

Für die Durchführung und Abrechnung folgender Leistungen bedarf es einer besonderen Genehmigung durch die Kassenzärztliche Vereinigung Berlin. Dies gilt für sämtliche an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten.



Eine Genehmigung wird nicht rückwirkend erteilt.

Die Erlaubnis zur Leistungserbringung sowie ein Honoraranspruch für diese Leistungen bestehen erst ab Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung.

Bei eingeschränkter Zulassung (z. B. Sonderbedarfszulassung) und Ermächtigung werden nur die Leistungen genehmigt, für die Sie zugelassen bzw. ermächtigt sind.

Unsere Antragsformulare sind zu finden unter:

www.kvberlin.de > Für die Praxis > Qualität > QS-Leistungen > Überblick QS-Leistungen

| Qualitätsgesicherte Leistungen für Psychologische Psychotherapeuten | (030) 31003- | E-Mail |
|---|--------------|--|
| Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) | 376 | QS-Team4@kvberlin.de |
| Neuropsychologische Therapie | | |
| Psychoanalyse als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Erwachsenen und/oder Kindern und Jugendlichen | | |
| tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Erwachsenen und/oder Kindern und Jugendlichen | | |
| Soziotherapie | | |
| übende und suggestive Verfahren | | |
| Verhaltenstherapie als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Erwachsenen und/oder Kindern und Jugendlichen | | |

| Qualitätsgesicherte Leistungen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten | (030) 31003- | E-Mail |
|--|--------------|--|
| Neuropsychologische Therapie | 376 | QS-Team4@kvberlin.de |
| Psychoanalyse als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen | | |
| tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen | | |
| Soziotherapie | | |
| übende und suggestive Verfahren | | |
| Verhaltenstherapie als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen | | |