






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 6 A
14057 Berlin

 (030) 31003 – 564
 (030) 31003 – 50730
 QS-Team5@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung

gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung

Antragsteller	Leistungserbringer
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigter	sofern abweichend vom Antragsteller, z.B. angestellter Arzt

Betriebsstättennummer (BSNR)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
<input type="checkbox"/> Zulassung	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik										
<input type="checkbox"/> Anstellung	<input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> üBAG										
<input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt	Name des Krankenhauses										

Grund der Antragstellung	
<input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	<input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs
Genehmigung beantragt zum	Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber) _____ E-Mail _____



Leistung

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 § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarungen

Gebietsarztanerkennung: _____ *

* Für Ärzte, die in der vertragsärztlichen Versorgung im Gebiet Neurologie und Psychiatrie, Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie, Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Rahmen der Zulassung oder der Anstellung tätig sind oder die Zusatzbezeichnung Psychotherapie bzw. Psychoanalyse führen, ist keine Antragsstellung für diese Leistung erforderlich. Sie erhalten eine automatische Berechtigung, wenn sie die Facharzt- bzw. Zusatzbezeichnung im Arztregister nachgewiesen haben.



Fachliche Nachweise gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarungen

- Theorieseminare von mindestens 20-stündiger Dauer, in denen Kenntnisse zur Theorie der Arzt-Patient-Beziehung, Kenntnisse und Erfahrungen in psychosomatischer Krankheitslehre und der Abgrenzung psychosomatischer Störungen von Neurosen und Psychosen und Kenntnisse zur Krankheit und Familiendynamik, Interaktion in Gruppen, Krankheitsbewältigung (Coping) und Differentialindikation von Psychotherapieverfahren erworben wurden **und**
- Kontinuierliche Arbeit in Balint - oder patientenbezogenen Selbsterfahrungsgruppen von mindestens 30 Stunden (d.h. bei Balintstunden = 15 Doppelstunden) - in regelmäßigen Abständen über einen Zeitraum von mindestens einem halben Jahr ¹⁾ **und**
- Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken von mindestens 30stündiger Dauer ¹⁾

ODER

- Nachweise entsprechender analoger Ausbildungsinhalte
 - im Rahmen der Psychotherapie-Weiterbildung **oder**
 - Weiterbildung in Psychosomatik/Psychiatrie (ambulant/stationär)

¹⁾ Aus den beigefügten Zeugnissen und Bescheinigungen muss hervorgehen, dass entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in einem Umfang von mindestens 80 Stunden erworben wurden.

Die Kenntnisse und Erfahrungen müssen in anerkannten Weiterbildungsangeboten und die Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung bei anerkannten Balint-Gruppenleitern bzw. anerkannten Supervisoren erworben worden sein.



Verpflichtungen und Hinweise

Es wird versichert, dass den 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 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 der Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und der QS-Vereinbarung Psychotherapie. 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)