

An den Zulassungsausschuss für Ärzte und Psychotherapeuten  
Zulassungsbezirk Berlin

Masurenallee 6A  
14057 Berlin

## Antrag

auf Genehmigung oder Erweiterung einer örtlichen oder überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft  
(BAG)

### 1. Allgemeine Angaben

<b>1. Antragsteller*in</b>
<input type="checkbox"/> Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut*in
_____
Titel, Vorname, Name
_____
Fachgruppe
_____
ggf. Schwerpunkt
_____
Praxisanschrift
<input type="checkbox"/> MVZ
_____
Name des MVZ
_____
Name des/ der ärztlichen Leiters/ Leiterin
<b>2. Antragsteller*in</b>
<input type="checkbox"/> Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut*in
_____
Titel, Vorname, Name
_____
Fachgruppe
_____
ggf. Schwerpunkt
_____
Praxisanschrift
<input type="checkbox"/> MVZ
_____
Name des MVZ
_____
Name des/ der ärztlichen Leiters/ Leiterin

**3. Antragsteller\*in**

Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in

Titel, Vorname, Name

Fachgruppe

ggf. Schwerpunkt

Praxisanschrift

MVZ

Name des MVZ

Name des/ der ärztlichen Leiters/ Leiterin

**4. Antragsteller\*in**

Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in

Titel, Vorname, Name

Fachgruppe

ggf. Schwerpunkt

Praxisanschrift

MVZ

Name des MVZ

Name des/ der ärztlichen Leiters/ Leiterin

**5. Antragsteller\*in**

Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in

Titel, Vorname, Name

Fachgruppe

ggf. Schwerpunkt

Praxisanschrift

MVZ

Name des MVZ

Name des/ der ärztlichen Leiters/ Leiterin

**6. Antragsteller\*in**

Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in

---

Titel, Vorname, Name

---

Fachgruppe

---

ggf. Schwerpunkt

---

Praxisanschrift

MVZ

---

Name des MVZ

---

Name des/ der ärztlichen Leiters/ Leiterin

**7. Antragsteller\*in**

Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in

---

Titel, Vorname, Name

---

Fachgruppe

---

ggf. Schwerpunkt

---

Praxisanschrift

MVZ

---

Name des MVZ

---

Name des/ der ärztlichen Leiters/ Leiterin

**8. Antragsteller\*in**

Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in

---

Titel, Vorname, Name

---

Fachgruppe

---

ggf. Schwerpunkt

---

Praxisanschrift

MVZ

---

Name des MVZ

\_\_\_\_\_  
Name des/ der ärztlichen Leiters/ Leiterin

## 2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit im Rahmen einer

- örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (öBAG)
- überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (üBAG)
- Erweiterung einer bereits bestehenden
  - örtlichen BAG
  - überörtlichen BAG

Beginn/Erweiterung der BAG zum Quartal \_\_\_\_/20\_\_\_\_

### Praxissitz der örtlichen BAG

\_\_\_\_\_  
Praxisanschrift

\_\_\_\_\_  
Verwaltungsbezirk Berlin

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Praxistelefonnummer/ Faxnummer

### Praxissitze der überörtlichen BAG

Wird die BAG überörtlich betrieben, wählen die Antragsteller\*innen der BAG den folgenden Sitz als Hauptsitz der überörtlichen BAG:

\_\_\_\_\_  
Praxisanschrift

\_\_\_\_\_  
Verwaltungsbezirk Berlin

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Praxistelefonnummer/ Faxnummer

Die Vertragsarztsitze/ Vertragspsychotherapeutensitze der einzelnen Mitglieder der BAG sind folgende:

**1. Antragsteller\*in**

Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in oder MVZ

---

Praxisanschrift

---

Verwaltungsbezirk Berlin

---

E-Mail-Adresse

---

Praxistelefonnummer/ Faxnummer

**2. Antragsteller\*in**

Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in oder MVZ

---

Praxisanschrift

---

Verwaltungsbezirk Berlin

---

E-Mail-Adresse

---

Praxistelefonnummer/ Faxnummer

**3. Antragsteller\*in**

Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in oder MVZ

---

Praxisanschrift

---

Verwaltungsbezirk Berlin

---

E-Mail-Adresse

---

Praxistelefonnummer/ Faxnummer

**4. Antragsteller\*in**

Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in oder MVZ

---

Praxisanschrift

---

Verwaltungsbezirk Berlin

---

E-Mail-Adresse

---

Praxistelefonnummer/ Faxnummer

**5. Antragsteller\*in**

Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in oder MVZ

---

Praxisanschrift

---

Verwaltungsbezirk Berlin

---

E-Mail-Adresse

---

Praxistelefonnummer/ Faxnummer

**6. Antragsteller\*in**

Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in oder MVZ

---

Praxisanschrift

---

Verwaltungsbezirk Berlin

---

E-Mail-Adresse

---

Praxistelefonnummer/ Faxnummer

**7. Antragsteller\*in**

Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in oder MVZ

---

Praxisanschrift

---

Verwaltungsbezirk Berlin

---

E-Mail-Adresse

---

Praxistelefonnummer/ Faxnummer

**8. Antragsteller\*in**

Vertragsarzt/-ärztin/psychotherapeut\*in oder MVZ

---

Praxisanschrift

---

Verwaltungsbezirk Berlin

---

E-Mail-Adresse

---

Praxistelefonnummer/ Faxnummer

Anzahl der Nebenbetriebsstätten insgesamt: \_\_\_\_\_

Die Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft sind damit einverstanden, dass Bescheide des Zulassungsausschusses bzgl. der Berufsausübungsgemeinschaft an ihren Hauptsitz übermittelt werden.

- Ja
- Nein

### Stempelbestellung

Weitere Informationen, insbesondere zu den Preisen, entnehmen Sie bitte der Webseite der KV Berlin: [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de)

für die Hauptbetriebsstätte

- Holzstempel, Anzahl \_\_\_\_\_
- Metallautomatikstempel, Anzahl \_\_\_\_\_
- Impfstempel, Anzahl \_\_\_\_\_
- Plastikautomatikstempel, Anzahl \_\_\_\_\_

für die Nebenbetriebsstätte \_\_\_\_\_

- Holzstempel, Anzahl \_\_\_\_\_
- Metallautomatikstempel, Anzahl \_\_\_\_\_
- Impfstempel, Anzahl \_\_\_\_\_
- Plastikautomatikstempel, Anzahl \_\_\_\_\_

für die Nebenbetriebsstätte \_\_\_\_\_

- Holzstempel, Anzahl \_\_\_\_\_
- Metallautomatikstempel, Anzahl \_\_\_\_\_
- Impfstempel, Anzahl \_\_\_\_\_
- Plastikautomatikstempel, Anzahl \_\_\_\_\_

für die Nebenbetriebsstätte \_\_\_\_\_

- Holzstempel, Anzahl \_\_\_\_\_
- Metallautomatikstempel, Anzahl \_\_\_\_\_
- Impfstempel, Anzahl \_\_\_\_\_
- Plastikautomatikstempel, Anzahl \_\_\_\_\_

Der beigefügte Gesellschaftsvertrag wird dem Zulassungsausschuss hiermit zur Prüfung vorgelegt.

**Hinweis:** Der Gesellschaftsvertrag ist bei Beantragung der Genehmigung einer neu gegründeten Berufsausübungsgemeinschaft und bei allen gesellschaftsrechtlichen Vertragsveränderungen vorzulegen.

### 3. Antragsgebühr

Verwaltungsgebühr in Höhe von 120,- € pro Antragsteller\*in soll von den jeweiligen Honorarkonten abgebucht werden. **Nur möglich, wenn bereits Honorarkonto vorhanden!**

Die gemäß § 46 Ärzte-ZV bei Antragstellung zu entrichtende Verwaltungsgebühr in Höhe von 120,- € pro Antragsteller\*in wurde überwiesen am: \_\_\_\_\_

Eine Kopie der Einzahlung liegt den eingereichten Unterlagen bei.

Angaben für Ihre Überweisung:

Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G.,  
Berlin (BLZ 300 606 01) 000 100 3917  
BIC: DAAEDEDXXX  
IBAN: DE16 3006 0601 0001 0039 17

#### Checkliste: erforderliche Unterlagen

- Kopie des unterschriebenen **Gesellschaftsvertrages (keine Entwürfe!)**
- ggf. Nachweis über Zahlung der Verwaltungsgebühren
- Versicherungsbescheinigung nach §113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz** als Nachweis für das Bestehen einer nach § 95e SGB V ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung. Weitere Informationen finden Sie unter „Allgemeine Hinweise der Geschäftsstelle zum Antragsverfahren“

#### Übersicht über die Mindestsummen und Begrenzung

Nachweispflichtige	Mindestversicherungssumme je Versicherungsfall	Begrenzung für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden
Berufsausübungsgemeinschaften ohne Angestellte	3 Mio. Euro	Nicht weiter als zweifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a.
Berufsausübungsgemeinschaft <b>mit</b> Angestellten	5 Mio. Euro	Nicht weiter als dreifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a.



## Allgemeine Hinweise der Geschäftsstelle zum Antragsverfahren

Anträge dürfen dem Zulassungsausschuss nur dann zur Beratung vorgelegt werden, wenn diese vollständig und entscheidungsreif eingereicht werden.

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch den Zulassungsausschuss erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter <https://www.kvberlin.de/andere-seiten/datenschutzerklaerung>

- **Anstellung bei einer BAG:**

Der Anspruch auf Erteilung einer Anstellungsgenehmigung nach § 95 Abs. 9 SGB V, § 32b Abs. 2 Satz 1 Ärzte-ZV kann **im Grundsatz nur der Berufsausübungsgemeinschaft** und nicht dem/ der einzelnen Vertragsarzt/-ärztin/-psychotherapeuten/-psychotherapeutin als Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft zustehen. Ausgeschlossen ist jedenfalls die Erteilung einer Anstellungsgenehmigung ohne die Zustimmung der anderen Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft, der der/die Vertragsarzt/-ärztin/-psychotherapeut\*in angehört (BSG Urt. v. 04.05.2016 - B 6 KA 24/15 R). Soll also die Anstellungsgenehmigung nicht der Berufsausübungsgemeinschaft, sondern antragsgemäß **ausnahmsweise einem der der Berufsausübungsgemeinschaft angehörenden Vertragsärzte / Vertragspsychotherapeuten** erteilt werden, müssen **alle übrigen Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft hierzu ihre Zustimmung erklären**, andernfalls kann die Anstellungsgenehmigung nicht erteilt werden.

**Wichtiger Hinweis:**

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung hat der Gesetzgeber die Verpflichtung zum **Nachweis eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes** zur vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Pflicht erhoben. Der Leistungserbringer hat den Nachweis gegenüber dem Zulassungsausschuss zu erbringen bei Stellung des Antrags auf Zulassung, Ermächtigung, Genehmigung einer Anstellung sowie auf Verlangen des Zulassungsausschusses.

- **Wer ist zum Nachweis des Berufshaftpflichtversicherungsschutzes verpflichtet?**

Verpflichtet zum Nachweis sind alle zur vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassenen Ärzte/Ärztinnen, Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren, und zwar für sich selbst und für bei ihnen Angestellte, die an der vertragsärztlichen/ vertragspsychotherapeutischen Versorgung mitwirken. Ermächtigte Ärzte/Ärztinnen und Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen sind ebenfalls hierzu verpflichtet.

- **In welcher Form ist der Nachweis zu führen?**

Der Nachweis ist durch Vorlage einer Bescheinigung des Versicherers nach § 113 Abs. 2 SGB V Versicherungsvertragsgesetz zu führen. Vorläufige Deckungszusagen sind nicht ausreichend.

- **Wie hoch muss der Versicherungsschutz sein?**

Ein Berufshaftpflichtversicherungsschutz ist ausreichend, wenn das individuelle Haftungsrisiko des Vertragsarztes versichert ist; die jeweilige Mindestversicherungssumme darf nicht unterschritten werden. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen bzw. dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden. Die genauen Summen können Sie der o.g. Checkliste entnehmen.

- **Welche Folgen hat es, wenn der Nachweis nicht geführt wird?**

Der Nachweis ist zunächst bei Stellung der o.g. Anträge zu führen. Insofern dürfen Anträge dem Zulassungsausschuss nur dann zur Beratung vorgelegt werden, wenn diese vollständig und entscheidungsreif eingereicht werden.

Erlangt der Zulassungsausschuss zudem Kenntnis darüber, dass kein oder kein ausreichender Berufshaftpflichtversicherungsschutz besteht, kann dies zum Ruhen oder zur Entziehung der Zulassung bzw. zum Widerruf der Ermächtigung führen. Nachzulesen in: § 95e SGB V

**Wir bestätigen, dass wir den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen haben und erkennen diesen ausdrücklich als für uns rechtsverbindlich an. Die aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.**

**Hinweis:** Wir weisen darauf hin, dass Sie im Rahmen der Zulassung genehmigungspflichtige Leistungen erst dann erbringen und abrechnen dürfen, **nachdem** die Kassenärztliche Vereinigung Berlin die Abrechnungsgenehmigung für die entsprechenden Leistungen erteilt hat. Hierzu sind, unter Beifügung der erforderlichen Nachweise, Anträge auf Abrechnungsgenehmigung für qualitätsgesicherte Leistungen parallel zu diesem Antrag in der Abteilung Qualitätssicherung einzureichen. Die Antragsformulare sowie die Kontaktdaten der Sachbearbeiter\* innen finden Sie unter: <https://www.kvberlin.de/fuer-praxen/alles-fuer-den-praxisalltag/qualitaetssicherung/genehmigungspfl-leistungen>. Dasselbe gilt für die/den angestellte/n Ärztin/Arzt.

Bei Fragen rund um die Abrechnungsgenehmigungen wenden Sie sich bitte an die Abteilung Qualitätssicherung der KV Berlin.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller\*in /BAG-Vertretungsberechtigter

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller\*in /BAG-Vertretungsberechtigter

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller\*in /BAG-Vertretungsberechtigter

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller\*in /BAG-Vertretungsberechtigter

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller\*in /BAG-Vertretungsberechtigter

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller\*in /BAG-Vertretungsberechtigter

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller\*in /BAG-Vertretungsberechtigter

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller\*in /BAG-Vertretungsberechtigter

### Anlage

Informationen für die Praxis: Genehmigungspflichtige Leistungen für Ärzt:innen



### Qualitätsgesicherte Leistungen für Ärzt:innen

Für die Durchführung und Abrechnung folgender Leistungen bedarf es einer besonderen Genehmigung durch die KV Berlin. Dies gilt für sämtliche an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzt:innen, einschließlich Anstellungen.

### Eine Genehmigung wird nicht rückwirkend erteilt.

Die Erlaubnis zur Leistungserbringung und 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. Eine automatische Berechtigung kann ggf. aufgrund einer Zusatzbezeichnung erteilt werden, die im Arztregister registriert sein muss.

Die Antragsformulare sind hier zu finden:

[www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) > Für Praxen > Alles für den Praxisalltag > Qualitätssicherung > Genehmigungspfl. Leistungen

Qualitätsgesicherte Leistungen	(030) 31003-	E-Mail
Abklärungskolposkopie	307	QS-Team5@kvberlin.de
Akupunktur	564	QS-Team5@kvberlin.de
Ambulante medizinische Versorgung multimorbider Patienten	523 / 524	QS-Team7@kvberlin.de
Ambulantes Operieren / Anästhesien	684	QS-Team1@kvberlin.de
Apherese	567	QS-Team5@kvberlin.de
Arthroskopie	684	QS-Team1@kvberlin.de
Audiometrie	242	QS-Team6@kvberlin.de
Baby on time	729	QS-Team3@kvberlin.de
Balneophototherapie	584	QS-Team1@kvberlin.de
Belegärztliche Tätigkeit	684	QS-Team1@kvberlin.de
Botoxbehandlung bei Blasenfunktionsstörung	384	QS-Team1@kvberlin.de
Chirotherapie <sup>1)</sup>	384	QS-Team1@kvberlin.de
Computertomographie (CT)	667	QS-Team4@kvberlin.de
Diabetes mellitus – Diagnostik u. Behandlung v. Begleiterkrankungen	597	QS-Team5@kvberlin.de
Diabetischer Fuß	409	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, Koronare Herzerkrankung / eDMP	397 597	QS-Team5@kvberlin.de
Dünndarm-Kapselendoskopie	319	QS-Team1@kvberlin.de
Eelectronic Life Saver (eLiSa)	523 / 524	QS-Team7@kvberlin.de
Empfängnisregelung (Beratung und Untersuchung, Blutentnahme für Röteln-HAH-Test) <sup>2)</sup>	594	QS-Team1@kvberlin.de
Entwicklungsneurologische Untersuchung / Untersuchung der Sprachentwicklung	594	QS-Team1@kvberlin.de
Fachgebundene genetische Beratung (Gynäkologie)	467	QS-Team1@kvberlin.de
Früherkennungsuntersuchung – Augenscreening	594	QS-Team1@kvberlin.de
Früherkennungsuntersuchung – Kinder- und Jugendmedizin	564	QS-Team5@kvberlin.de
Funktionsstörung der Hand (Handchirurgie) <sup>3)</sup>	319	QS-Team1@kvberlin.de
Geriatrische Diagnostik	242	QS-Team6@kvberlin.de
Gestationsdiabetes	409	QS-Team5@kvberlin.de
Gesund schwanger	385	QS-Team5@kvberlin.de

Hallo Baby	307	<a href="mailto:QS-Team5@kvberlin.de">QS-Team5@kvberlin.de</a>
Hausarztvertrag (hausarztzentrierte Versorgung – HZV)	384	<a href="mailto:QS-Team1@kvberlin.de">QS-Team1@kvberlin.de</a>
Hautkrebs-Screening (Früherkennungsuntersuchung – EBM-Leistung, Sonderverträge)	385	<a href="mailto:QS-Team5@kvberlin.de">QS-Team5@kvberlin.de</a>
Hepatitis-C-Behandlung	439	<a href="mailto:QS-Team6@kvberlin.de">QS-Team6@kvberlin.de</a>
Histopathologie beim Hautkrebs-Screening	385	<a href="mailto:QS-Team5@kvberlin.de">QS-Team5@kvberlin.de</a>
HIV/AIDS	385	<a href="mailto:QS-Team5@kvberlin.de">QS-Team5@kvberlin.de</a>
HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)	385	<a href="mailto:QS-Team5@kvberlin.de">QS-Team5@kvberlin.de</a>
Homöopathie	594	<a href="mailto:QS-Team1@kvberlin.de">QS-Team1@kvberlin.de</a>
Hörgeräteversorgung (Kinder und Erwachsene)	242	<a href="mailto:QS-Team6@kvberlin.de">QS-Team6@kvberlin.de</a>
Hüftscreening bei Säuglingen (Ultraschall der Säuglingshüfte)	561	<a href="mailto:QS-Team3@kvberlin.de">QS-Team3@kvberlin.de</a>
Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom	397	<a href="mailto:QS-Team5@kvberlin.de">QS-Team5@kvberlin.de</a>
Hypertonie – Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen	409	<a href="mailto:QS-Team5@kvberlin.de">QS-Team5@kvberlin.de</a>
Impfen – Reise-/Satzungsimpfvereinbarungen	319	<a href="mailto:QS-Team1@kvberlin.de">QS-Team1@kvberlin.de</a>
Interventionelle Radiologie (Katheterangiographien)	221	<a href="mailto:QS-Team4@kvberlin.de">QS-Team4@kvberlin.de</a>
Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)	384	<a href="mailto:QS-Team1@kvberlin.de">QS-Team1@kvberlin.de</a>
Invasive Kardiologie	594	<a href="mailto:QS-Team1@kvberlin.de">QS-Team1@kvberlin.de</a>
Katheterevereinbarung	319	<a href="mailto:QS-Team1@kvberlin.de">QS-Team1@kvberlin.de</a>
Kernspintomographie – MRA, MRM, MRT	221	<a href="mailto:QS-Team4@kvberlin.de">QS-Team4@kvberlin.de</a>
Koloskopie	319	<a href="mailto:QS-Team1@kvberlin.de">QS-Team1@kvberlin.de</a>
Krebsfrüherkennung bei Frauen	594	<a href="mailto:QS-Team1@kvberlin.de">QS-Team1@kvberlin.de</a>
Künstliche Befruchtung	729	<a href="mailto:QS-Team3@kvberlin.de">QS-Team3@kvberlin.de</a>
Laboratoriumsuntersuchungen	429	<a href="mailto:QS-Team7@kvberlin.de">QS-Team7@kvberlin.de</a>
Langzeit-EKG	594	<a href="mailto:QS-Team1@kvberlin.de">QS-Team1@kvberlin.de</a>
Laserbehandlung bei benignem Prostatasyndrom (bPS)	684	<a href="mailto:QS-Team1@kvberlin.de">QS-Team1@kvberlin.de</a>
LDR-Brachytherapie (beim lokal begrenzten Prostatakarzinom)	667	<a href="mailto:QS-Team4@kvberlin.de">QS-Team4@kvberlin.de</a>
Liposuktion bei Lipödem Stadium III	384	<a href="mailto:QS-Team1@kvberlin.de">QS-Team1@kvberlin.de</a>
Mammographie (kurativ)	284	<a href="mailto:QS-Team4@kvberlin.de">QS-Team4@kvberlin.de</a>
Mammographie-Screening	284	<a href="mailto:QS-Team4@kvberlin.de">QS-Team4@kvberlin.de</a>
Molekulargenetik	429	<a href="mailto:QS-Team7@kvberlin.de">QS-Team7@kvberlin.de</a>
MRSA	389	<a href="mailto:QS-Team1@kvberlin.de">QS-Team1@kvberlin.de</a>
Neurophysiologische Übungsbehandlungen <sup>4)</sup>	384	<a href="mailto:QS-Team1@kvberlin.de">QS-Team1@kvberlin.de</a>
Neuropsychologische Therapie	423	<a href="mailto:QS-Team6@kvberlin.de">QS-Team6@kvberlin.de</a>
Nichtärztliche Praxisassistenten (NäPA) <ul style="list-style-type: none"> <li>• delegationsfähige Leistungen - Kapitel 38 EBM</li> <li>• hausärztliche Versorgung - ohne Kinderärzte</li> </ul>	524	<a href="mailto:QS-Team7@kvberlin.de">QS-Team7@kvberlin.de</a>
Nuklearmedizin	667	<a href="mailto:QS-Team4@kvberlin.de">QS-Team4@kvberlin.de</a>
Onkologie	523 / 524	<a href="mailto:QS-Team7@kvberlin.de">QS-Team7@kvberlin.de</a>
Onkologie „Active Surveillance“ beim Prostatakarzinom	524	<a href="mailto:QS-Team7@kvberlin.de">QS-Team7@kvberlin.de</a>
Onkologie Rahmenvereinbarung	523 / 524	<a href="mailto:QS-Team7@kvberlin.de">QS-Team7@kvberlin.de</a>
Onkologie Vertrag	524	<a href="mailto:QS-Team7@kvberlin.de">QS-Team7@kvberlin.de</a>
Osteodensitometrie	284	<a href="mailto:QS-Team4@kvberlin.de">QS-Team4@kvberlin.de</a>
Otoakustische Emissionen	242	<a href="mailto:QS-Team6@kvberlin.de">QS-Team6@kvberlin.de</a>
Palliativ-medizinische Versorgung	524	<a href="mailto:QS-Team7@kvberlin.de">QS-Team7@kvberlin.de</a>
Pflegeheimversorgung <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“</li> <li>• Kooperations- und Koordinationsleistungen Kapitel 37 EBM</li> </ul>	242	<a href="mailto:QS-Team6@kvberlin.de">QS-Team6@kvberlin.de</a>
Phlebologie	594	<a href="mailto:QS-Team1@kvberlin.de">QS-Team1@kvberlin.de</a>
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund (PDT)	594	<a href="mailto:QS-Team1@kvberlin.de">QS-Team1@kvberlin.de</a>
Phototherapeutische Keratektomie (PTK)	594	<a href="mailto:QS-Team1@kvberlin.de">QS-Team1@kvberlin.de</a>

Physikalisch-medizinische Leistungen <sup>5)</sup>	384	QS-Team1@kvberlin.de
Polygraphie, Polysomnographie (Schlafstörungsdiagnostik)	384	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 <sup>6)</sup>	564	QS-Team5@kvberlin.de
Psychotherapie - einschl. EMDR (für Ärzte)	423	QS-Team6@kvberlin.de
Qualitätszirkel	594	QS-Team1@kvberlin.de
Radiologie (Röntgendiagnostik)	595	QS-Team4@kvberlin.de
Rheumatologie-Vereinbarung	389	QS-Team1@kvberlin.de
Rhythmusimplantat-Kontrolle	594	QS-Team1@kvberlin.de
Schmerztherapie	595	QS-Team4@kvberlin.de
Sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen	423	QS-Team6@kvberlin.de
Soziotherapie (für Ärzte)	423	QS-Team6@kvberlin.de
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)	524	QS-Team7@kvberlin.de
Stoßwellenlithotripsie (ESWL)	595	QS-Team4@kvberlin.de
Strahlentherapie	667	QS-Team4@kvberlin.de
Substitutions- und Diamorphingestützte Behandlung Opioidabhängiger	439	QS-Team6@kvberlin.de
Telemedizin <sup>7)</sup>		
• Rhythmusimplantat-Kontrolle	594	QS-Team1@kvberlin.de
• Radiologisches Telekonsil	284	QS-Team4@kvberlin.de
Übende und suggestive Techniken (für Ärzte) <sup>8)</sup>	423	QS-Team6@kvberlin.de
Ultraschalldiagnostik		
• Allgemeinmedizin, Arzt, Gefäßchirurgie, KfH (Nierenzentren), Nephrologie, Praktischer Arzt, Urologie	234	QS-Team3@kvberlin.de
• Angiologie, Chirurgie, Neurologie/Nervenheilkunde, Physikal. u. Rehabilit. Medizin, Pneumologie	466	
• Augenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin (HA und FA ohne Schwerpunkt), Rheumatologie	394	
• Gynäkologie, Hämatologie und Onkologie	729	
• Endokrinologie und Diabetologie, Gastroenterologie, HNO, Kardiologie, MKG, Nuklearmedizin, Orthopädie/Unfallchirurgie, Phoniatrie, Radiologie	421	
• Kinder- und Jugendmedizin	561	
Vakuumbiopsie der Brust (VSB)	284	QS-Team4@kvberlin.de
Videosprechstunde	389	Videosprechstunde@kvberlin.de
Weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung	423	QS-Team6@kvberlin.de
Zervix-Zytologie	307	QS-Team5@kvberlin.de
Zweitmeinungsverfahren	684	QS-Team1@kvberlin.de

<sup>1)</sup> Chirotherapie: Ärzt:innen mit der Zusatzbezeichnung Chirotherapie erhalten automatisch eine Abrechnungsgenehmigung, wenn sie die besondere Qualifikation im Arztregister nachgewiesen haben. Ein separater Antrag ist nicht erforderlich.

<sup>2)</sup> Empfängnisregelung: Leistungen im Rahmen der Empfängnisregelung können von Fachärzt:innen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ohne Abrechnungsgenehmigung durchgeführt werden.

<sup>3)</sup> Funktionsstörung der Hand: Chirurg:innen und Orthopäd:innen mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie erhalten automatisch eine Abrechnungsgenehmigung, wenn sie die besondere Qualifikation im Arztregister nachgewiesen haben. Ein separater Antrag ist nicht erforderlich.

- 4) Neurophysiologische Übungsbehandlungen: Für Ärzt:innen, die im Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Phoniatrie und Pädaudiologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Neurochirurgie, Nervenheilkunde und Orthopädie im Rahmen der Zulassung oder Anstellung tätig sind, ist keine Antragstellung für diese Leistungen erforderlich. Diese Ärzt:innen erhalten die Abrechnungsgenehmigung, wenn sie die Facharztbezeichnung im Arztregister nachgewiesen haben.
- 5) Physikalisch-medizinische Leistungen: Für Ärzt:innen, die im Gebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten (ausschließlich GOP 30401, 30430 und 30431), Orthopädie, Neurologie, Nervenheilkunde, Chirurgie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Kinder- und Jugendmedizin (ausschließlich GOP 30410, 30411 und 30430), Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte (ausschließlich GOP 30410 und 30411) im Rahmen der Zulassung oder der Anstellung tätig sind oder die Zusatzbezeichnung Phlebologie (ausschließlich GOP 30401) oder die Zusatzbezeichnung(en) Physikalische Therapie und/oder Chirotherapie führen, ist keine Antragstellung für diese Leistungen erforderlich. Diese Ärzt:innen erhalten die Abrechnungsgenehmigung, wenn sie die Facharzt- bzw. Zusatzbezeichnung im Arztregister nachgewiesen haben.
- 6) Psychosomatische Grundversorgung: Für Ärzt:innen, die im Gebiet Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie, Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Rahmen der Zulassung oder der Anstellung tätig sind oder die Zusatzbezeichnung Psychotherapie bzw. Psychoanalyse führen, ist keine Antragstellung für diese Leistungen erforderlich. Diese Ärzt:innen erhalten die Abrechnungsgenehmigung, wenn sie die Facharzt- bzw. Zusatzbezeichnung im Arztregister nachgewiesen haben.
- 7) Telemedizin: Die persönlichen und technischen Voraussetzungen sind in der Anlage 31 BMV-Ä geregelt. Die Ausführung und Abrechnung telemedizinischer Leistungen gemäß Anlage 31 a, b BMV-Ä setzt die Abgabe einer Verpflichtungserklärung über die Erfüllung der technischen und organisatorischen Voraussetzungen voraus.
- 8) Übende und suggestive Techniken: Für Ärzt:innen, die im Gebiet Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, 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 Ärzt:innen erhalten die Abrechnungsgenehmigung, wenn sie die besondere Qualifikation im Arztregister nachgewiesen haben.