

An den
Zulassungsausschuss für Ärzte
und Psychotherapeuten
Zulassungsbezirk Berlin

Ggf. Kennziffer: _____

Masurenallee 6A
14057 Berlin

Antrag auf Zulassung zur vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung

1. Angaben zum/zur Antragsteller*in

_____ Titel, Vorname, Name
_____ Privatanschrift
_____ E-Mail-Adresse
_____ Telefonnummer

2. Beantragung

<p>Ich beantrage die Zulassung</p> <p>im Umfang von einem</p> <p><input type="checkbox"/> vollen Versorgungsauftrag <input type="checkbox"/> hälftigen Versorgungsauftrag <input type="checkbox"/> $\frac{3}{4}$ Versorgungsauftrag</p> <p><input type="checkbox"/> $\frac{1}{4}$ Versorgungsauftrag (nur möglich bei bereits bestehendem, mind. hälftigen Versorgungsauftrag)</p> <p>im Rahmen</p> <p><input type="checkbox"/> der Übernahme des unter der Kennziffer _____ ausgeschriebenen Vertragsarztsitzes/ ausgeschrieben im Verwaltungsbezirk Berlin: _____</p> <p>_____ Titel, Vorname, Name des Praxisabgebers/ der Praxisabgeberin</p> <p>_____ Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung/psychotherapeutische Berufsbezeichnung</p> <p>_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des übernommenen Sitzes</p> <p><input type="checkbox"/> der Aufnahme eines Praxissitzes in einem Planungsbereich, für den keine Überversorgung vorliegt und vom Landesausschuss Zulassungsmöglichkeiten festgestellt wurden (den Status eines Planungsbereiches erfahren Sie unter unserer Internetadresse https://www.kvberlin.de/fuer-praxen/zulassen-niederlassen-in-berlin/bedarfsplan-fuer-berlin)</p>
--

Hinweis: Wenn Sie die Zulassung im Rahmen des Jobsharings oder des Sonderbedarfs beantragen wollen, füllen Sie bitte die entsprechenden Antragsformulare aus.

als Arzt/ Ärztin

_____ Fachgruppe

_____ ggf. Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung

Als Internist*in, der/die über keinen Schwerpunkt verfügt, möchte ich an der vertragsärztlichen Versorgung wie folgt teilnehmen: hausärztlich fachärztlich

Geplanter Beginn _____ (tt.mm.jjjj)

Angaben zum geplanten Praxisstandort

_____ Praxisanschrift

_____ Verwaltungsbezirk

_____ E-Mail-Adresse

_____ Telefonnummer, Faxnummer

Die Praxis soll geführt werden als

- Einzelpraxis/Praxisgemeinschaft
- Berufsausübungsgemeinschaft (bitte gesonderten Antrag stellen)
- als Vertragsarzt/-ärztin in einem MVZ

Die Praxis ist barrierefrei nach der DIN-Norm 18040-1

- Ja Nein

3. Weitere Zulassungsvoraussetzungen

3.1. Arztregistereintragung

Ich bin im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung _____ eingetragen.

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

3.2. Aktuelle Beschäftigungsverhältnisse

seit	Art der Tätigkeit	Ort	Umfang in Wochenstunden-arbeitszeit	soll bestehen bleiben
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ich bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich 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>.

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

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller*in

Anlage

- Drogen- und Trunksucherklärung
- Checkliste
- Allgemeine Hinweise der Geschäftsstelle
- Informationen für die Praxis: Genehmigungspflichtige Leistungen für Ärzt:innen

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 bzw. psychotherapeutischen 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.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter <https://www.kvberlin.de/andere-seiten/datenschutzerklaerung>.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Antragstellers/Antragstellerin

§ 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.

Checkliste:

- Lebenslauf** mit aktuellem Datum und Unterschrift
- Erklärung zur Drogen- und Trunksucht** mit aktuellem Datum und Unterschrift
- Antragsgebühren**
 - Nur bei bereits bestehendem Honorarkonto!: Verwaltungsgebühr in Höhe von 100,- € sowie die nach erfolgter Genehmigung zu entrichtende Gebühr in Höhe von 400,-€ sollen von meinem Honorarkonto abgebucht werden
Die gemäß § 46 Ärzte-ZV bei Antragstellung zu entrichtende Verwaltungsgebühr in Höhe von 100,- € wurde. Überwiesen am: _____

Eine Kopie der Einzahlung liegt den eingereichten Unterlagen bei.
Auch die nach erfolgter Genehmigung zu entrichtende Gebühr in Höhe von 400,-€ werde ich selbst überweisen.

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

Verwendungszweck: *Vor- und Zuname*, Antrag Zulassung

Hinweis: Wenn Sie sich auf einen ausgeschriebenen Praxissitz bewerben, geben Sie beim Verwendungszweck bitte zusätzlich die Kennziffer der Ausschreibung an!

- Versicherungsbescheinigung nach §113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz** als Nachweis für das Bestehen einer nach § 95e SGB V ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung. **Nutzen Sie gerne dafür die auf der Webseite der KV Berlin zur Verfügung gestellten Musterbescheinigungen!** Weitere Informationen finden Sie unter „Allgemeine Hinweise der Geschäftsstelle“
- ggf. Erklärung zu bestehenden Arbeitsverhältnissen bzw. Kündigungsbestätigung
- ggf. Mietoption/Mietvertrag
- Kopie der Bestätigung der Behörde über die Beantragung eines polizeilichen Führungszeugnisses** der Belegart O (Behördenführungszeugnis), das an den Zulassungsausschuss adressiert wird und diesem direkt zugeht und zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als 6 Monate sein darf.

Polizeiliches Führungszeugnis

beantragt am: _____ bei: _____

Behörde: _____

- Nur für den Fall, dass Sie nicht im Arztregister der KV Berlin eingetragen sind:** Auszug aus dem Arztregister der jeweiligen KV, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Arztregister und gegebenenfalls der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung hervorgehen müssen.
- Nur, falls Sie außerhalb von Berlin bereits niedergelassen waren:** Bescheinigungen der entsprechenden Kassenärztlichen Vereinigung, aus der sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben.

Folgende Unterlagen können zusätzlich bei einem Antrag auf Zulassung eingereicht werden, wenn sich der ausgeschriebene Praxissitz derzeit in einer örtlichen/überörtlichen Beraufsausübungsgemeinschaft (öBAG/übAG) befindet und diese fortgeführt werden soll:

- Antrag auf Gründung bzw. Veränderung einer öBAG/übAG
- Beleg über die erfolgte Entrichtung der Antragsgebühr in Höhe von 120,00 Euro für den neu hinzukommenden BAG-Partner
- Kopie des unterschriebenen Gesellschaftsvertrags (keine Entwürfe!).

- Für Ihre Unterlagen -
Allgemeine Hinweise der Geschäftsstelle

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>

- **Für den Fall der Zulassung unter mehreren Fachgebieten/Schwerpunkten/von Internisten:**

Für Fragen der Budgetzuweisung und Honorarverteilung sowie der Arztfachgruppenzuordnung im Bereich Verordnung (insbes. Arzneimittel) wird der Arzt/ die Ärztin in diesem Fall i.d.R. der Fachgruppe zugeordnet, für die er/sie zuvor gegenüber der KV Berlin den Schwerpunkt seiner/ihrer Praxistätigkeit angegeben hat. Bitte prüfen Sie genau, welches Fachgebiet/Schwerpunkt Sie hauptsächlich ausüben werden. Ansonsten kann es zu Honorarverlusten kommen.

Internisten **ohne** Schwerpunktbezeichnung nehmen grundsätzlich an der fachärztlichen Versorgung teil, es sei denn, sie wählen die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung: Dann nehmen sie als hausärztlich tätige Internisten ausschließlich an der hausärztlichen Versorgung teil.

Internisten mit Schwerpunktbezeichnung nehmen automatisch an der fachärztlichen Versorgung teil. Allerdings ist die Teilnahme eines Internisten an der hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgung nur dann möglich, wenn entweder für Hausärzte bzw. fachärztlich tätige Internisten keine Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 SGB V angeordnet sind, bei Nachbesetzung eines entsprechenden Vertragsarztsitzes, bei Zulassung mit Leistungsbegrenzung (Jobsharing) oder im Rahmen eines Sonderbedarfs.

Wichtiger Hinweis:

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung hat der Gesetzgeber die Verpflichtung zum **Nachweis eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes** zur vertragsärztlichen/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/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.

Übersicht über die Mindestsummen und Begrenzung

Nachweispflichtige	Mindestversicherungssumme je Versicherungsfall	Begrenzung für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden
Vertragsarzt/-ärztin (für sich selbst und ggf. bei ihnen nach § 95 Abs. 9 SGB V Angestellte) gilt auch für Berufsausübungsgemeinschaften ohne Angestellte	3 Mio. Euro Mit Angestellten: 5 Millionen Euro	Nicht weiter als zweifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a. Mit Angestellten: nicht weiter als dreifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a.
Vertragspsychotherapeut*in (für sich selbst und ggf. bei ihnen nach § 95 Abs. 9 SGB V Angestellte)	3 Mio. Euro Mit Angestellten: 5 Mio. Euro	Nicht weiter als zweifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a. Mit Angestellten: nicht weiter als dreifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a.
Medizinische Versorgungszentren	5 Mio. Euro	Nicht weiter als dreifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a.
Berufsausübungsgemeinschaft mit Angestellten	5 Mio. Euro	Nicht weiter als dreifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a.
Ermächtigte(r) Arzt/Ärztin/ Psychotherapeut*in	3 Mio. Euro (oder Nachweis über anderweitigen Versicherungsschutz, z.B. Betriebshaftpflichtversicherung)	Nicht weiter als zweifacher Betrag der Mindestversicherungssumme p.a.

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

Der Nachweis ist zunächst bei Stellung der o.g. Anträge zu führen. Erlangt der Zulassungsausschuss zudem Kenntnis darüber, dass kein oder kein ausreichender Berufshaftpflichtversicherungsschutz besteht, kann dies zum Ruhen oder zur Entziehung der Zulassung führen. Nachzulesen in: § 95e SGB V

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 > 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 ¹⁾	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) ²⁾	594	QS-Team1@kvberlin.de
Entwicklungsneurologische Untersuchung / Untersuchung der Sprachentwicklung	594	QS-Team1@kvberlin.de
Fachgebundene genetische Beratung (Gynäkologie)	307	QS-Team5@kvberlin.de
Früherkennungsuntersuchung – Augenscreening	594	QS-Team1@kvberlin.de
Früherkennungsuntersuchung – Kinder- und Jugendmedizin	564	QS-Team5@kvberlin.de
Funktionsstörung der Hand (Handchirurgie) ³⁾	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	QS-Team5@kvberlin.de
Hausarztvertrag (hausarztzentrierte Versorgung – HZV)	384	QS-Team1@kvberlin.de
Hautkrebs-Screening (Früherkennungsuntersuchung – EBM-Leistung, Sonderverträge)	385	QS-Team5@kvberlin.de
Hepatitis-C-Behandlung	439	QS-Team6@kvberlin.de
Histopathologie beim Hautkrebs-Screening	385	QS-Team5@kvberlin.de
HIV/AIDS	385	QS-Team5@kvberlin.de
HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)	385	QS-Team5@kvberlin.de
Homöopathie	594	QS-Team1@kvberlin.de
Hörgeräteversorgung (Kinder und Erwachsene)	242	QS-Team6@kvberlin.de
Hüftscreening bei Säuglingen (Ultraschall der Säuglingshüfte)	561	QS-Team3@kvberlin.de
Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom	397	QS-Team5@kvberlin.de
Hypertonie – Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen	409	QS-Team5@kvberlin.de
Impfen – Reise-/Satzungsimpfvereinbarungen	319	QS-Team1@kvberlin.de
Interventionelle Radiologie (Katheterangiographien)	221	QS-Team4@kvberlin.de
Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)	384	QS-Team1@kvberlin.de
Invasive Kardiologie	594	QS-Team1@kvberlin.de
Kathetervereinbarung	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	729	QS-Team3@kvberlin.de
Laboratoriumsuntersuchungen	429	QS-Team7@kvberlin.de
Langzeit-EKG	594	QS-Team1@kvberlin.de
Laserbehandlung bei benignem Prostatasyndrom (bPS)	684	QS-Team1@kvberlin.de
LDR-Brachytherapie (beim lokal begrenzten Prostatakarzinom)	667	QS-Team4@kvberlin.de
Liposuktion bei Lipödem Stadium III	384	QS-Team1@kvberlin.de
Mammographie (kurativ)	284	QS-Team4@kvberlin.de
Mammographie-Screening	284	QS-Team4@kvberlin.de
Molekulargenetik	429	QS-Team7@kvberlin.de
MRSA	389	QS-Team1@kvberlin.de
Neurophysiologische Übungsbehandlungen ⁴⁾	384	QS-Team1@kvberlin.de
Neuropsychologische Therapie	423	QS-Team6@kvberlin.de
Nichtärztliche Praxisassistenz (NäPA) <ul style="list-style-type: none"> • delegationsfähige Leistungen - Kapitel 38 EBM • hausärztliche Versorgung - ohne Kinderärzte 	524	QS-Team7@kvberlin.de
Nuklearmedizin	667	QS-Team4@kvberlin.de
Onkologie	523 / 524	QS-Team7@kvberlin.de
Onkologie „Active Surveillance“ beim Prostatakarzinom	524	QS-Team7@kvberlin.de
Onkologie Rahmenvereinbarung	523 / 524	QS-Team7@kvberlin.de
Onkologie Vertrag	524	QS-Team7@kvberlin.de
Osteodensitometrie	284	QS-Team4@kvberlin.de
Otoakustische Emissionen	242	QS-Team6@kvberlin.de
Palliativ-medizinische Versorgung	524	QS-Team7@kvberlin.de
Pflegeheimversorgung <ul style="list-style-type: none"> • „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ • Kooperations- und Koordinationsleistungen 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 ⁵⁾	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
PräVaNet (gültig ab 01.01.2022)	409	QS-Team5@kvberlin.de
Proktologie (EBM)	594	QS-Team1@kvberlin.de
Psychosomatische Grundversorgung ⁶⁾	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 ⁷⁾		
• Rhythmusimplantat-Kontrolle	594	QS-Team1@kvberlin.de
• Radiologisches Telekonsil	284	QS-Team4@kvberlin.de
Übende und suggestive Techniken (für Ärzte) ⁸⁾	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

¹⁾ 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.

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

³⁾ 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.