



**Qualitätssicherung**

Georg-Voigt-Straße 15 • 60325 Frankfurt  
Postfach 15 02 04 0062 Frankfurt  
Internet: www.kvhessen.de

Ansprechpartner: Geneviève Bebronne  
Tel.: 069 79502-742 • Fax: 069 79502-208  
E-Mail: QS.Psychotherapie@kvhessen.de

(Bitte in Druckbuchstaben komplett ausfüllen)

**Psychosomatische Grundversorgung**

**Antrag auf Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung zur Durchführung von Leistungen der Psychosomatischen Grundversorgung**

**Allgemeine Angaben**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Approbationsjahr \_\_\_\_\_

Wohnanschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Vertragsärztliche Tätigkeit** beantragt am \_\_\_\_\_

als Ärztin / Arzt für \_\_\_\_\_

**Tätigkeit als:**  Vertragsarzt  angestellter Arzt  ermächtigter Arzt  Assistent <sup>1</sup>

**Anschrift des Standortes:**  Vertragspraxis \_\_\_\_\_

MVZ \_\_\_\_\_

Klinik / Institut \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Aufnahme der Tätigkeit **geplant zum** \_\_\_\_\_

Tätigkeit **bereits aufgenommen am** \_\_\_\_\_

**Betriebsstättennummer** <sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

**Nebenbetriebsstättennummer(n)** <sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind vom anstellenden Arzt bzw. Leiter des MVZ zu stellen.  
<sup>2</sup> Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

**Ab welchem Datum wird die Abrechnungsgenehmigung beantragt?**

- ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen.  
Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.
- zu einem späteren Datum \_\_\_\_\_

**Beantragtes Leistungsspektrum:**

- EBM-GOP 35100 - Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände
- EBM-GOP 35110 - Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen

**Vorzulegende Nachweise:**

1. **Eine 3-jährige selbstverantwortliche ärztliche Tätigkeit (nach der Approbation)**
2. **Kenntnisse und Erfahrungen in der Psychosomatik mit:**
- **mindestens 20 Stunden** Teilnahme an Theorieseminaren 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, Krankheitsbewältigung (Coping) und Differentialindikation von Psychotherapie-Verfahren erworben wurden.
  - **mindestens 30 Stunden** Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken.
  - **mindestens 30 Stunden** Reflexion der Arzt-Patient-Beziehung durch kontinuierliche Arbeit in Balint- oder patientenbezogenen Selbsterfahrungsgruppen. Die 15 Doppelstunden Balintgruppenarbeit müssen kontinuierlich in regelmäßigen Abständen über einen Zeitraum von mindestens einem halben Jahr erfolgen.

**oder**

**Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ und / oder „Psychoanalyse“**

- Veranstaltungszeitraum von mindestens einem halben Jahr
- Teilnahmebescheinigungen mit Daten der jeweiligen Blöcke bzw. Balintsitzungen
- (Gruppengröße max. 12 Teilnehmer)
- Blockveranstaltungen für den Erwerb der Theorie mind. 3 Blöcke
- Balintgruppen bzw. patientenbezogenen Selbsterfahrungsgruppen u. die Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken kontinuierlich - die Praxisarbeit begleitend - in mindestens 6 Sitzungen

**Grundsätzlich sind die Fortbildungen bei einem zur Weiterbildung in der Psychotherapie ermächtigten Arzt bzw. bei anerkannten Balintgruppenleiter oder Lehrtherapeuten zu absolvieren.**

**Hinweis**

- Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.

**Erklärungen**

- Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Antragsstellers



ggf. Vertragsarztstempel

**Gilt nur für angestellte Ärzte**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw.  
Unterschrift des anstellenden Arztes