

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung &  
Mitgliederservice Sonderverträge  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt

### Psychosomatische Grundversorgung

#### Antrag auf Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung zur Durchführung von Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung

#### Rechtsgrundlage: Die derzeit gültige Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung)

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.

Die mit \* gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder. Diese Angaben helfen uns bei der Bearbeitung Ihres Antrags.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Qualitätssicherung  
Team 1

Bianca Knaus  
Anna Sophie Zebi  
Merhawi Tewolde  
Elena Schleining  
Tel 069 24741-7216  
Fax 069 24741-68819  
qs.fb1.9@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt  
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt  
www.kvhessen.de

### Allgemeine Angaben

#### Persönliche Angaben

Name, Vorname\*, Titel \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_

Privatanschrift\* \_\_\_\_\_

\* \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_ \* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum\*: \_\_\_\_\_ Datum der Approbation: \_\_\_\_\_

#### Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen.  
Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.

Zu einem späteren Datum \_\_\_\_\_

**Art der Tätigkeit<sup>1</sup>:**

- Vertragsarzt in  Einzelpraxis  MVZ  Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
- Angestellter Arzt  
in Praxis/BAG \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des anstellenden Arztes
- in MVZ \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des MVZ
- Ermächtigter Arzt \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung
- Instituts-  
Ermächtigung \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters
- Sicherstellungs-  
Assistent \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

**Ort(e) der Tätigkeit<sup>2</sup>:**

Anschrift Standort: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_  
 ☎ \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

Anschrift Standort: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_  
 ☎ \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

<sup>1</sup> Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben.

<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/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

**Leistungsspektrum** (Gebührenordnungsposition = GOP)

**Beantragte Leistungen**

**GOP 35100 EBM** - Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände

**GOP 35110 EBM** - Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen

**Genehmigungsvoraussetzungen**

**Fachliche Qualifikation:**

- Kenntnisse und Erfahrungen in der Psychosomatik mit:  
(die Facharzturkunde reicht als Qualifikationsnachweis nicht aus)**
- ◆ **mindestens 20 Stunden** Teilnahme an Theorie Seminaren 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 drei Monaten erfolgen.

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

***Dem Antragsformular sind die entsprechenden Qualifikationsnachweise gemäß § 7 der Psychotherapie Vereinbarung beizufügen.***

***Bitte senden Sie uns keine Original-Unterlagen zu, da die Rücksendung nicht grundsätzlich gewährleistet werden kann. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu tackern, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.***

Die aktuelle Psychotherapie-Vereinbarung kann unter [www.kvhessen.de](http://www.kvhessen.de) heruntergeladen werden.

### Erklärungen und Hinweise

- Für Ärzte und Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die eine Ermächtigung bzw. eine eingeschränkte Zulassung zur Teilnahme an der vertraglichen Versorgung beantragt haben, kann eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung bzw. im Rahmen der eingeschränkten Zulassung wirksam werden.
- BSNR-Änderungen und Anschriften-Änderungen sind mitzuteilen.
- 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 vertraglichen Tätigkeit führen können.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Antragsstellers\*

.....  
ggf. Praxisstempel

### Gilt nur für angestellte bzw. beschäftigte Ärzte

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des MVZ-Leiters bzw.  
Unterschrift des anstellenden Arztes (\*)

.....  
Stempel.

Stand: März 2024