



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich  
Qualitätssicherung / Sicherstellung

**A N T R A G**  
**auf Genehmigung zur Ausführung der Psychosomatischen Grundversorgung**

**I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_

FA für: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Tätigkeit in / als:

Eigener Niederlassung

Ermächtigter Arzt

Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ

Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: \_\_\_\_\_

Die beantragte Leistung wird in folgender/en Nebenbetriebsstätte/n erbracht (ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Nebenbetriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift

1. \_\_\_\_\_  
(Adresse)

2. \_\_\_\_\_  
(Adresse)

## II. Fachliche Anforderungen

### Folgende Anforderungen werden erfüllt:

1. 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 Psychotherapie-Verfahren erworben wurden,  
ja  nein
  2. Reflektion der Arzt-Patient-Beziehung durch kontinuierliche Arbeit in Balint- oder patientenbezogenen Selbsterfahrungsgruppen von mindestens 30-stündiger Dauer (d.h. bei Balintgruppen mindestens 15 Doppelstunden)  
ja  nein
- und**
3. Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken von mindestens 30-stündiger Dauer.  
ja  nein

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

*(Teilnahmebescheinigung bitte beifügen!)*

## III. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV..... am  
..... erhalten. Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

## IV. Allgemeines

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren:  
**qs@kvbb.de**

Im Falle einer Genehmigung bin ich  einverstanden  
 nicht einverstanden  
dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Im Falle der Anstellung:  
Unterschrift Ärztl. Leiter der  
Einrichtung/MVZ bzw. Unterschrift des  
Praxisinhabers

### Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.