

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-595
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-4@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung für die sozialpsychiatrische Versorgung bei Kindern und Jugendlichen (Pseudo-Nummer 88895)

gemäß § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) - gültig ab 01.07.2009

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die Antragstellung erfolgt: für mich

für den angestellten Arzt/ Job-Sharer: _____
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstiges

Angestellter Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstiges

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR)
(wenn vorhanden)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____

- Hiermit beantrage ich die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung der genehmigungspflichtigen Leistung für die „sozialpsychiatrische Versorgung bei Kindern und Jugendlichen“

Waren Sie bereits in einem anderen KV-Bereich berechtigt, Leistungen der sozialpsychiatrischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen zu erbringen?

- Ja (Bitte die Kopie des Bescheides beifügen) Nein

Angaben zum Tätigkeitsort

Ich bin an folgenden Standorten tätig:

- | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. _____
Anschrift | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <hr/> <div style="text-align: center;">Nebenbetriebsstättennummer</div> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 2. _____
Anschrift | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <hr/> <div style="text-align: center;">Nebenbetriebsstättennummer</div> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 3. _____
Anschrift | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <hr/> <div style="text-align: center;">Nebenbetriebsstättennummer</div> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

A) Qualifikation

1. Ich besitze die Berechtigung zum Führen der Gebietsarztanerkennung

- Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

oder

2. Ich besitze die Berechtigung zum Führen der Gebietsarztanerkennung

- Arzt für Kinderheilkunde
 Arzt für Neurologie und Psychiatrie
 Arzt für Nervenheilkunde
 Arzt für Psychiatrie
 Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie

und

- habe eine mindestens 2jährige Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie
(Nachweise bitte dem Antrag in Kopie beifügen)

B) Verpflichtungserklärung zur Kooperation mit komplementären Berufen

Ich verpflichte mich, die in der Vereinbarung aufgeführten Anforderungen zu erfüllen und eine umfassende sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach den Regeln der ärztlichen Kunst für die betreuten Patienten sicherzustellen, in dem ich

1. die interdisziplinäre Zusammenarbeit medizinischer, psychologischer, pädagogischer und sozialer Dienste gewährleiste, d.h.

im Rahmen der Diagnostik

- Einbeziehung aller klinisch relevanten somatischen Befunde in die neuropsychiatrische Diagnostik.
- Durchführung einer umfassenden Diagnostik der Entwicklung und des Sozialverhaltens, einschließlich der Verhaltensbeobachtung im sozialen Umfeld.
- Durchführung von Interaktions- und Beziehungsdiagnostiken einschließlich biographischer Anamnese mit Beobachtung des Patienten im Kontakt mit seinen Bezugspersonen und seiner Umwelt.
- Durchführung spezifischer Testdiagnostik unter besonderer Berücksichtigung der jeweiligen Entwicklungsstörung, Erkrankung oder Behinderung (§ 3 Abs. 1).

Im Rahmen der Therapie

- Erstellung von individuellen Therapieplänen unter Einbeziehung der jeweils erforderlichen ärztlichen und nichtärztlichen Maßnahmen.
- Koordination und verantwortliche Begleitung des therapeutischen Prozesses.
- Beratung der Bezugsperson, ggf. mit Anleitung zur Verhaltensänderung.
- Sozialberatung des Patienten und seiner Bezugsperson (§ 3 Abs. 1).

1. die Mitarbeit im Praxisteam von mindestens 1 Heilpädagogen und ein Sozialarbeiter bzw. eine entsprechende Zahl von Mitarbeitern mit jeweils vergleichbaren Qualifikationen absichere (zusammen mindestens 1,5 Vollzeitkräfte) und für die genannten nichtärztlichen Mitarbeiter mindestens **2 eigene, abgeschlossene Arbeitsräume in der Praxis** zur Verfügung stelle (§ 3 Abs. 2).

(Hinweis: Bitte als Anlage Kopien der Arbeitsverträge mit den betreffenden Mitarbeitern sowie die Qualifikationsnachweise beifügen)

2. der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin nachweise, dass im Bedarfsfall mit komplementären Berufen (Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Sprachtherapeuten (Logopäden), Ergotherapeuten oder Physiotherapeuten) kooperiert wird (§ 3 Abs. 3).

(siehe Anlage mit namentlicher Aufstellung)

3. sicherstelle, dass neben der kontinuierlichen Absprache im Praxisteam **zusätzlich** in regelmäßigen Abständen, mindestens jedoch einmal im Monat, patientenorientierte Fallbesprechungen unter Einbeziehung der bereits genannten komplementären Berufe stattfinden (§ 3 Abs. 4).

und

4. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzten und - soweit erforderlich - deren konsiliarische Beratung garantiere (§ 4).

C) Verpflichtungserklärung zur Beteiligung an der Evaluation

- Ich verpflichte mich zur Beteiligung an der Evaluation und stelle dazu in pseudonymisierter Form die geforderten Angaben zu den Patienten, zur Durchführung der Maßnahmen und zu den Ergebnissen der Behandlung zur Verfügung (§ 7).

ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen nach den Sozialpsychiatrie-Vereinbarungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung **erst nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.**

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift +Arztstempel

Unterschrift Leiter der Einrichtung

Anlagen

- Qualifikationsnachweise und Kopien der Arbeitsverträge von Mitarbeitern in der Praxis
- Namentliche Aufstellung gemäß B (3) des Antrages



A N L A G E zu meinem Antrag auf Abrechnungsgenehmigung für die sozialpsychiatrische Versorgung bei Kindern und Jugendlichen
NAMENTLICHE AUFSTELLUNG gemäß § 3 Abs. 3 der Sozialpsychiatrie-Vereinbarungen

Name, Vorname	Anschrift	Beruf

Stempel und Unterschrift