

**KVBB**Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

**Antrag auf Teilnahme an der Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur
Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen
(Sozialpsychiatrie-Vereinbarung)**

(Anlage 24 zu den BMV)

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 beantragten Leistungen werden in folgender/en Betriebs- /Nebenbetriebsstätte/n erbracht
(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift

1. _____
(Adresse)

2. _____
(Adresse)

II. Fachliche Voraussetzungen gemäß § 2 der Vereinbarungen

- | | | |
|----|--|---|
| 1. | Berechtigung zum Führen der Fachgebietsbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie | θ |
| 2. | Berechtigung zum Führen der Fachgebietsbezeichnung Kinder- und Jugendmedizin | θ |
| | oder | |
| | Berechtigung zum Führen der Fachgebietsbezeichnung Neurologie | θ |
| | oder | |
| | Berechtigung zum Führen der Fachgebietsbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie | θ |
| | und | |
| | Nachweis einer mindestens zweijährigen Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie | θ |

III. Voraussetzung zur Kooperation mit komplementären Berufen gemäß § 3 der Vereinbarungen

- | | | | | |
|----|---|-------------------------|-------|---|
| 1. | Ich erkläre, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit medizinischen, psychologischen pädagogischen und sozialen Diensten gewährleistet ist und die im Anhang zu dieser Vereinbarung aufgeführten Leistungsbereiche und Tätigkeitsfelder sichergestellt sind. | | | θ |
| 2. | Personelle Voraussetzungen | | | |
| | Heilpädagoge | vereinbarte Arbeitszeit | | θ |
| | und/oder | | | |
| | Sozialarbeiter | vereinbarte Arbeitszeit | | θ |
| | oder | | | |
| | eine entsprechende Zahl von Mitarbeitern mit jeweils vergleichbaren Qualifikationen wie Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulabschluss mit kinder- und jugend-psychiatrischer therapeutischer Zusatzqualifikation | | | θ |
| | (Ausbildungs- und Qualifikationsnachweise sowie Tätigkeitsbeschreibungen sind dem Antrag als Kopie beizufügen) | | | |

3. Räumliche Voraussetzungen gem. § 3 Abs. 2 der Vereinbarungen

für die genannten nichtärztlichen Mitarbeiter stehen mindestens 2 eigene abgeschlossene Arbeitsräume zur Praxis zur Verfügung
(der Grundriss der Praxis ist in Kopie beizufügen!)

0

4. Zusammenarbeit mit komplementären Berufen im Bedarfsfall gem. § 3 Abs. 3 der Vereinbarungen

- ☐ Psychologische Psychotherapeuten,
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten

Name/Anschrift: 1.
.....
.....

2.
.....
.....

- ☐ Sprachtherapeuten (Logopäden)

Name/Anschrift: 1.
.....
.....

2.
.....
.....

- ☐ Ergotherapeuten

Name/Anschrift: 1.
.....
.....

2.
.....
.....

- ☐ Physiotherapeuten

Name/Anschrift: 1.
.....
.....

2.
.....
.....

IV. Erklärung

Mit der Antragstellung erkläre ich,

1. dass neben der kontinuierlichen Absprache im Praxisteam zusätzlich in regelmäßigen Abständen, mindestens jedoch einmal im Monat, patientenorientierte Fallbesprechungen unter Einbeziehung der in den § 3 Abs. 2 und 3 genannten komplementären Berufen stattfinden.
2. die in diesen Vereinbarungen aufgeführten Anforderungen zu erfüllen und eine umfassende sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach den Regeln der ärztlichen Kunst für die von mir betreuten Patienten sicherzustellen.
3. gem. § 5 Abs. 3 über alle Änderungen die Kassenärztliche Vereinigung zu informieren, welche die Erfüllung der im § 3 genannten Voraussetzungen betreffen.
4. Als ein an diesen Vereinbarungen teilnehmender Arzt verpflichte ich mich zur kontinuierlichen Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzten und - soweit erforderlich - zu deren konsiliarischer Beratung.
5. Im Interesse der weiteren Qualitätssicherung der ambulanten Leistungen erteile ich mit der Unterzeichnung dieses Antrages mein Einverständnis zur Durchführung einer Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobe) gemäß den Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung nach 135 Abs. 3 SGB V.

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

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

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.