



### Antrag

auf Genehmigung zur interdisziplinären psychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen

gemäß der Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozial-psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) nach Anlage 11 der Bundesmantelverträge

**Antragsteller/-in:** .....

(Vertragsarzt, ermächtigter Arzt, MVZ und Name des MVZ-Vertretungsberechtigten oder anstellender Arzt)

**Leistungserbringer:** .....

(sofern abweichend vom Antragsteller: Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)

**LANR:** .....

### Ärztliche Tätigkeit

als Facharzt für: .....

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in einer Einzelpraxis                | <input type="checkbox"/> Anstellung in einer Einzelpraxis                |
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in einer Berufsausübungsgemeinschaft | <input type="checkbox"/> Anstellung in einer Berufsausübungsgemeinschaft |
| <input type="checkbox"/> in einem MVZ (niedergelassen oder angestellt)      | <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Ermächtigung                    |
| <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Sicherstellungsassistenz           | <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Vertretung                      |

**Wohnort** (nur ausfüllen, falls noch nicht im Arztregister der KV Sachsen erfasst)

Straße, Nr.: .....

PLZ, Wohnort: .....

Telefon/Fax: .....

E-Mail: .....

### Antrag bezieht sich auf

**Praxis/Betriebsstätte (BSNR)**

Anschrift: .....

Telefon/Fax: .....

E-Mail: .....

BSNR: .....

**Nebenbetriebsstätte (NBSNR)**

Anschrift: .....

Telefon/Fax: .....

E-Mail: .....

NBSNR: .....

## 1 Gegenstand

Beantragt wird die Teilnahme an der Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen gemäß der Anlage 11 des Bundesmantelvertrages.

## 2 Fachliche Qualifikation des Arztes

Folgende Qualifikation(en) wird(werden) nachgewiesen; die entsprechenden Zeugnisse sind dem Antrag beigefügt, sofern diese noch nicht im Arztregister erfasst wurden:

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

oder

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin/ Kinderheilkunde

Facharzt für Nervenheilkunde (oder Facharzt für Neurologie und Psychiatrie)

Facharzt für Psychiatrie (oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie)

mit mindestens 2-jähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder frühere Teilgebietsbezeichnung Kinderneuropsychiatrie (gilt nicht für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie)

## 3 Kooperation mit komplementären Berufen

Die Leistungsbereiche und Tätigkeitsfelder für die Diagnostik und Therapie (Anlage 1 der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) werden sichergestellt durch:

### 3.1 Bildung des Praxisteam

Dem Praxisteam gehören weitere Ärzte an, die bereits über eine Genehmigung gem. der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung verfügen:

ja

Anzahl der Ärzte: .....

nein

#### 3.1.1 Anstellung in der Praxis des Antragstellers bzw. Tätigkeit auf Honorarbasis in der Praxis

Die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit der nichtärztlichen Mitarbeiter im Praxisteam soll zusammen mindestens der von 1,5 Vollzeitkräften entsprechen. Dies ist jeweils auf einen Arzt bezogen.

Entsprechende Verträge und Zeugnisse der nichtärztlichen Mitarbeiter sind dem Antrag als Nachweis beizufügen.

..... Arbeitszeit (in Stunden) der Heilpädagogen

Name(n): .....

.....

..... Arbeitszeit (in Stunden) der Sozialarbeiter

Name(n): .....

.....

..... Arbeitszeit (in Stunden) der Mitarbeiter mit vergleichbarer Qualifikation wie Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulabschluss mit entsprechender kinder- und jugendpsychiatrischer bzw. therapeutischer Zusatzqualifikation

Bezeichnung der Ausbildung/ Tätigkeit: .....

Name(n): .....

.....

### 3.1.2 Räumliche Voraussetzungen

Für die nichtärztlichen Mitarbeiter unter Punkt 3.1.1 müssen mindestens 2 eigene, abgeschlossene Arbeitsräume in der Praxis zur Verfügung stehen (für 1,5 Vollzeitkräfte). Je weiterer Vollzeitkraft muss ein zusätzlicher entsprechender Arbeitsraum vorhanden sein.

je Vollzeitkraft der nichtärztlichen Mitarbeiter steht mindestens 1 eigener Arbeitsraum in der Praxis zur Verfügung (mehrere Teilzeitkräfte sind in Ihrer Gesamtsumme zu betrachten).

### 3.2 Kooperation mit speziellen komplementären Berufen

Mit folgenden speziellen komplementären Hilfsberufen arbeite ich in kooperativer Form zusammen:

Psychologischer Psychotherapeut

Name, Anschrift .....

.....

Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut

Name, Anschrift .....

.....

Sprachtherapeut (Logopäde)

Name, Anschrift .....

.....

Ergotherapeut

Name, Anschrift .....

.....

Physiotherapeut

Name, Anschrift .....

.....

#### 4 Erklärung des/der Antragstellers(in)

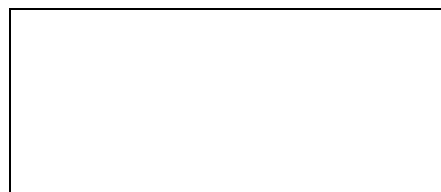
Der Antragssteller verpflichtet sich, die in der Vereinbarung aufgeführten Anforderungen zu erfüllen und eine umfassende sozialpsychiatrische bzw. interdisziplinäre psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach den Regeln der ärztlichen Kunst für die von ihm (ggf. im Auftrag) betreuten Patienten sicherzustellen.

Neben der kontinuierlichen Absprache im Praxisteam führt der Leistungserbringer in regelmäßigen Abständen, mindestens jedoch einmal im Monat, patientenorientierte Fallbesprechungen mit den komplementären Berufen durch.

Jede Veränderung, welche die Erfüllung der nach § 3 der Vereinbarung genannten Voraussetzungen betrifft, wird unverzüglich der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle der KV Sachsen mitgeteilt.

Zeugnisse und Nachweise, auch der angestellten Mitarbeiter im Praxisteam, sind im Original bzw. als beglaubigte Kopie beigelegt.

Gemäß der Vereinbarung beteiligt sich der Antragssteller bzw. der Leistungserbringer an der Evaluation nach § 7 und stellt dazu in pseudonymisierter Form die geforderten Angaben zu den Patienten, zur Durchführung der Maßnahmen und zu den Ergebnisse der auf der Grundlage der Vereinbarung durchgeführten Behandlungen nach den entsprechenden Regelungen zur Verfügung.



Stempel Antragsteller(in)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Antragsteller(in)  
(siehe Seite 1 oben)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Leistungserbringer(in)  
(sofern abweichend vom Antragsteller)