

**Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme an der
Sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen**

Name _____

**Praxisanschrift
Straße:** _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich besitze die Anerkennung als

Facharzt für: _____

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: _____

Niedergelassene Vertragsärzte

- Ich bin niedergelassen.
- Die Niederlassung ist geplant ab: _____
- Ich übernehme die Praxis von: _____
ab: _____.

Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):
Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

- Ich bin in einer Praxis angestellt.
- Ich plane die Anstellung in der Praxis von: _____
ab: _____
- Ich bin in einem MVZ tätig.
- Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ _____
ab: _____

Ermächtigte Ärzte:

- Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.
- Die Ermächtigung ist geplant ab: _____

Ich beantrage die Genehmigung zur Teilnahme an der Sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung), Anlage 11 Bundesmantelvertrag und weise die Anforderungen durch Bescheinigungen und Zeugnisse nach.

Nachweis der fachlichen Qualifikation

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)

jeweils mit mindestens 2-jähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Praxisteam 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 die Genehmigung gemäß 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 (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 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

- Diplom-Psychologe

Name, Anschrift: _____

- Sprachtherapeut (Logopäde)

Name, Anschrift: _____

- Ergotherapeut

Name, Anschrift: _____

- Physiotherapeut

Name, Anschrift: _____

Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

1. Ich verpflichte mich, 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 mir (ggf. im Auftrag) betreuten Patienten sicherzustellen.
2. Ich verpflichte mich, neben der kontinuierlichen Absprache im Praxisteam in regelmäßigen Abständen, mindestens jedoch einmal im Monat, patientenorientierte Fallbesprechungen mit den komplementären Berufen durchzuführen.
3. Ich verpflichte mich, jede Veränderung, die die Erfüllung der nach § 3 der Vereinbarung genannten Voraussetzungen, **insbesondere bezogen auf mögliche Änderungen des Praxisteam**s, betrifft, unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt mitzuteilen.
4. Ich verpflichte mich, an der Evaluation gem. § 7 der Vereinbarung teilzunehmen und stelle dazu in pseudonymisierter Form die geforderten Angaben zu den Patienten zur Durchführung der Maßnahmen und zu den Ergebnissen der auf der Grundlage der Vereinbarung durchgeführten Behandlungen nach den entsprechenden Regelungen zur Verfügung.

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt/ Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Aus- und Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte