

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6 • 23795 Bad Segeberg

Mail: qs@kvsh.de • Fax: 04551-883 374

Antrag zur Genehmigung: Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.

Einverständnis zur Datenübermittlung

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV _____ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht.

***Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

- alle mir erteilten Betriebsstätten

Fachliche Voraussetzungen* -bitte beifügen-

- Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiater
oder
- Kinderarzt oder Nervenarzt oder Psychiater mit jeweils mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

Personelle Voraussetzungen

Dem Praxisteam sollen mindestens ein Heilpädagoge und ein Sozialarbeiter bzw. eine entsprechende Zahl von Mitarbeitern mit jeweils vergleichbaren Qualifikationen wie Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulabschluss mit kinder- und jugendpsychiatrischer bzw. therapeutischer Zusatzqualifikation angehören. Die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit des Heilpädagogen und des Sozialarbeiters im Praxisteam soll zusammen mindestens der von 1,5 Vollzeitkräften entsprechen. Dies ist jeweils auf einen Arzt bezogen. Sind mehrere Ärzte einer Praxis im Rahmen der SPV tätig, ist die Anzahl der nicht-ärztlichen Mitarbeiter angemessen zu erhöhen. Für die genannten nichtärztlichen Mitarbeiter müssen mindestens zwei eigene, abgeschlossene Arbeitsräume in der Praxis zur Verfügung stehen.

Kooperationen mit komplementären Berufen

Die komplementären Berufe sind in der Praxis vorhanden oder es besteht eine Kooperation mit:

	In eigener Praxis beschäftigt	Externe Kooperationen
Psych. Psychotherapeuten**	<input type="checkbox"/>	<hr/> <small>Name, Anschrift</small> <hr/>
Kinder- und Jugend- Psychotherapeuten**	<input type="checkbox"/>	<hr/> <small>Name, Anschrift</small> <hr/>
Logopäden	<input type="checkbox"/>	<hr/> <small>Name, Anschrift</small> <hr/>
Ergotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<hr/> <small>Name, Anschrift</small> <hr/>
Physiotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<hr/> <small>Name, Anschrift</small> <hr/>

**Sollten angestellte Personen dieser Berufsgruppen Richtlinienpsychotherapie im Rahmen der vorrangigen sozialpsychiatrischen Versorgung erbringen wollen, ist vor Beginn der Therapie die Übersendung der in der Psychotherapie-Vereinbarung genannten Nachweise erforderlich.

Erklärung

- Es wird versichert, dass die in der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung aufgeführten Anforderungen dauerhaft erfüllt werden. Über Änderungen werde ich die KVSH zeitnah informieren.
- Mit meiner Unterschrift wird bestätigt, dass eine umfassende sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach den Regeln der ärztlichen Kunst für die betreuten Patienten sichergestellt ist.

Unterschrift(en)

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung** ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

Angestellte Person