



**A N T R A G**  
**auf Genehmigung zur Teilnahme an der sozialpsychiatrischen Versorgung**  
**von Kindern und Jugendlichen**  
(Sozialpsychiatrie-Vereinbarungen)

- WICHTIGE HINWEISE ZUM ANTRAG**
- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
  - Bitte helfen Sie uns, Ihren Antrag zügig zu bearbeiten, indem Sie den Antrag vollständig ausfüllen und sämtliche geforderten Unterlagen beilegen. Vielen Dank.

**Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich (gilt nicht für angestellte Ärzte)**

\_\_\_\_\_  
(Titel/Vorname/Name) **LANR:** \_\_\_\_\_  
(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift der Praxis oder des MVZ oder des Krankenhauses) \_\_\_\_\_  
(Telefon, ggf. bei Rückfragen)

\_\_\_\_\_  
(Facharzt für)

\_\_\_\_\_  
(Praxisübernahme von) \_\_\_\_\_  
(Aufnahme der Tätigkeit geplant ab)

**Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt**

\_\_\_\_\_  
(Titel/Vorname/Name des anstellenden Arztes) **LANR:** \_\_\_\_\_  
(lebenslange Arztnummer)

\_\_\_\_\_  
(Titel/Vorname/Name des angestellten Arztes) **LANR:** \_\_\_\_\_  
(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

\_\_\_\_\_  
Angestellt im **MVZ** \_\_\_\_\_  
angestellt seit/ab:

**Die Leistungen werden in folgender/en Betriebstätte/n erbracht**

**1. Betriebstätte** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Adresse)

**BSNR** (Betriebsstättennummer): \_\_\_\_\_

**2. Betriebstätte** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Adresse)

**BSNR** (Betriebsstättennummer): \_\_\_\_\_

Voraussetzungen für die Teilnahme an dieser Vereinbarung sind gemäß § 2 und § 3 (1) der Nachweis

- der Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiater

**oder**

- der Nachweis der Gebietsbezeichnung Kinderarzt, Nervenarzt, Psychiater, **und** eine mindestens zweijährige Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie (**Bitte die entsprechenden Nachweise beifügen**).
- die interdisziplinäre Zusammenarbeit medizinischer, psychologischer, pädagogischer und sozialer Dienste ist gewährleistet

**Folgende Leistungsbereiche und Tätigkeitsfelder sind von dem an der Vereinbarung teilnehmenden Arzt sicherzustellen:**

**a) DIAGNOSTIK**

1. Neuropsychiatrische Diagnostik unter Einbeziehung aller klinisch relevanten somatischen Befunde.
2. Umfassende Diagnostik der Entwicklung und des Sozialverhaltens einschließlich der Verhaltensbeobachtung im sozialen Umfeld.
3. Interaktions- und Beziehungsdagnostik einschließlich biographischer Anamnese mit Beobachtung des Patienten im Kontakt mit seinen Bezugspersonen und seiner Umwelt.
4. Spezifische Testdiagnostik unter besonderer Berücksichtigung der jeweiligen Entwicklungsstörung, Erkrankung oder Behinderung.

**b) THERAPIE**

1. Erstellen von individuellen Therapieplänen unter Einbeziehung der jeweils erforderlichen ärztlichen und nichtärztlichen Maßnahmen
2. Koordination und verantwortliche Begleitung des therapeutischen Prozesses
3. Beratung der Bezugspersonen, ggf. mit Anleitung zur Verhaltensänderung
4. Sozialberatung des Patienten und seiner Bezugspersonen
5. Intervention bei psychosozialen Krisen, einschließlich der erforderlichen Kontaktnahmen, z. B. zu Behörden und Schulen
6. Heilpädagogische und soziotherapeutische Maßnahmen
7. Psychotherapeutische Maßnahmen
8. Entwicklungstherapeutische Maßnahmen (z. B. Ergotherapie, Logopädie)

**Dem Praxisteam sollen entsprechend § 3 (2) der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung angehören:**

mindestens ein Heilpädagoge **und** ein Sozialarbeiter

Name und Adresse des **Heilpädagogen**

\_\_\_\_\_  
(Titel/Vorname/Name)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Straße/Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(PLZ/Ort)

Name und Adresse des **Sozialarbeiters**

\_\_\_\_\_  
(Titel/Vorname/Name)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Straße/Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(PLZ/Ort)

**oder eine entsprechende Zahl von Mitarbeitern mit jeweils vergleichbaren Qualifikationen, wie Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulabschluß mit kinder- und jugendpsychiatrischer bzw. therapeutischer Zusatzqualifikation.**

**Namen und Adressen der Mitarbeiter mit vergleichbarer Qualifikation, wenn ein Heilpädagoge und Sozialarbeiter nicht beschäftigt werden:**

**1.**

\_\_\_\_\_  
(Titel/Vorname/Name)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Straße/Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(PLZ/Ort)

**2.**

\_\_\_\_\_  
(Titel/Vorname/Name)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Straße/Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(PLZ/Ort)

Die vertraglich vereinbarten Arbeitszeiten des Heilpädagogen und Sozialarbeiters im Praxisteam sollen zusammen **mindestens** der von **1,5 Vollzeitkräften** entsprechen.

Für die genannten nichtärztlichen Mitarbeiter müssen **mindestens** zwei eigene, abgeschlossene Arbeitsräume in der Praxis zur Verfügung stehen.

**Ist in der Praxis entsprechend § 3 (3) der Vereinbarung ein Diplompsychologe, Sprachtherapeut (Logopäde), Ergotherapeut oder Physiotherapeut beschäftigt ?**

ja

nein

Falls **nein**, geben Sie bitte an, mit welchem Sie im Bedarfsfall zusammenarbeiten

### **Diplompsychologen**

\_\_\_\_\_  
(Titel/Vorname/Name)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Straße/Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(PLZ/Ort)

### **Sprachtherapeuten (Logopäden)**

\_\_\_\_\_  
(Titel/Vorname/Name)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Straße/Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(PLZ/Ort)

### **Ergotherapeuten**

\_\_\_\_\_  
(Titel/Vorname/Name)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Straße/Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(PLZ/Ort)

### **Physiotherapeuten**

\_\_\_\_\_  
(Titel/Vorname/Name)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Straße/Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(PLZ/Ort)

Der an dieser Vereinbarung teilnehmende Arzt hat entsprechend § 3 (4) sicherzustellen, daß neben der kontinuierlichen Absprache im Praxisteam zusätzlich in regelmäßigen Abständen, mindestens

jedoch einmal im Monat **patientenorientierte Fallbesprechungen** unter Einbeziehung der in den Abs. 2 und 3 genannten komplementären Berufe stattfinden.

<b>Erklärung zur Teilnahme an der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarungen)</b>
--

Ich verpflichte mich, die in der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung 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 (§ 5 (1) der Vereinbarung).

Dies beinhaltet die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patienten beteiligten Ärzte und - soweit erforderlich - deren konsiliarische Beratung. Insbesondere ist damit die regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens mit den behandelnden Ärzten betroffen.

Dem Antrag sind die Nachweise über die Erfüllung der in § 3 genannten Voraussetzungen beigelegt.

Ich verpflichte mich, die Kassenärztliche Vereinigung Bremen über alle Änderungen zu informieren, welche die Erfüllung der in § 3 dieser Vereinbarung genannten Voraussetzungen betreffen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Leistungserbringers / Arztes

**Bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des ärztl. Leiters des MVZ  
bzw. anstellender Arzt der Praxis

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des ausführenden angestellten Arztes