

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Praxisstempel

Tel.: 030 / 31 003-423
Fax: 030 / 31 003-50730

Antrag auf Ausführung und Abrechnung der ambulanten neuropsychologischen Diagnostik und Therapie nach den EBM-Nrn. 30930 bis 30935

gemäß § 3 der Nr. 19 der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses - gültig ab 01.01.2013

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die Antragstellung erfolgt: für mich
 für den angestellten Arzt/PP/KJP: _____
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name)

Niedergelassener Arzt/PP/KJP in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstiges

Angestellter Arzt/PP/KJP in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstiges

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt/PP/KJP
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(wenn vorhanden)

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____

Hiermit beantrage ich für mich bzw. für den angegebenen angestellten Arzt/PP/KJP die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der genehmigungspflichtigen

- neuropsychologischen Diagnostik (gem. § 5 Abs. 3) und neuropsychologischen Therapie (gem. § 7)

Angaben zum Tätigkeitsort

Ich bin an folgenden Standorten tätig:

1.	_____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
	Anschrift	Nebenbetriebsstättennummer										
2.	_____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
	Anschrift	Nebenbetriebsstättennummer										
3.	_____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
	Anschrift	Nebenbetriebsstättennummer										
4.	_____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
	Anschrift	Nebenbetriebsstättennummer										

A) Fachliche Anforderungen gem. § 6 Abs. 2

1. Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung

- Neurologie
- Neurologie und Psychiatrie
- Nervenheilkunde
- Psychiatrie
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Neurochirurgie
- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

(Die Vorlage der Urkunde ist entbehrlich, wenn eine Eintragung mit der entsprechenden Gebietsbezeichnung im Arztregister der KV Berlin vorliegt)

2. Nachweis über den Erwerb der neuropsychologischen Zusatzqualifikation

- Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Neuropsychologie gemäß Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammern oder, soweit eine solche nicht besteht, gemäß der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer

oder

inhaltsgleiche oder gleichwertige Nachweise über die Inhalte der neuropsychologischen Zusatzqualifikation entsprechend der Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammern oder, soweit eine solche nicht besteht, gemäß der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer

3. Nachweis über den Erwerb von Kenntnissen und Erfahrungen gemäß Weiterbildungszeugnis für ärztliche Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten

(Zeugnis bitte in Kopie dem Antrag beifügen)

- in dem Verfahren tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 in den Verfahren tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie
 in dem Verfahren Verhaltenstherapie
 in dem Verfahren Systemische Therapie (nur für Erwachsene)

B) Pflichten

Ich verpflichte mich bzw. der angestellte Arzt/PP/KJP verpflichtet sich, die neuropsychologische Diagnostik und Therapie entsprechend der Nr. 19 der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses durchzuführen und beachte/t insbesondere:

- dass die Feststellung der Indikation zur neuropsychologischen Therapie in einer zweistufigen Diagnostik erfolgt. Die Stufendiagnostik darf im Rahmen einer Behandlung nicht durch dieselben Leistungserbringer erbracht werden (§ 5 Abs. 1),
- dass unverzüglich nach Feststellung der Diagnose gemäß § 5 Absatz 2 eine krankheitsspezifische neuropsychologische Diagnostik unter Einschätzung der Therapieindikation und der Prognose für die Therapie durchzuführen ist (§ 5 Abs. 3),
- dass vor Beginn der Behandlung aufbauend auf der Diagnostik gemäß § 5 Abs. 2 und 3 ein Therapieplan, der die krankheitswertigen Störungen gemäß den Indikationen nach § 4 sowie die für die jeweiligen Krankheitsphasen vorgesehenen therapeutischen Maßnahmen nach § 7 Abs. 3 und deren Umfang und Frequenz beinhaltet, zu erstellen ist. Der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin soll über den Therapieplan informiert werden (Einwilligung des Patienten vorausgesetzt). Bei gleichzeitiger Behandlung durch andere Berufsgruppen sind die möglichen Auswirkungen dieser Behandlungsmaßnahmen im Therapieplan zu berücksichtigen (§ 5 Abs.4),
- dass, sofern neben der neuropsychologischen Therapie ergänzend ergotherapeutische, logopädische oder physiotherapeutische Maßnahmen durchzuführen sind, diese entsprechend den Maßgaben der Heilmittel-Richtlinie einer vertragsärztlichen Verordnung bedürfen (§ 8) und
- dass die gemäß § 9 Abs. 1 bis 4 vorgeschriebenen Inhalte entsprechend dokumentiert werden.

Hinweis

Zur Durchführung von Stichprobenprüfungen im Einzelfall gelten die Regelungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 135b Abs. 2 SGB V (Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung).

ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der neuropsychologischen Therapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch mich bzw. durch den angestellten Arzt/PP/KJP erst nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift und Arztstempel

Unterschrift des Leiters (Einrichtung/MVZ)