

 KV SAARLAND KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG	Antrag Neuropsychologische Therapie	Bereich QS/QM
		Stand 18.08.2020
		QM-Nr. II.09.2.1
		Seite 1 von 3

Bitte zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung Saarland
Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement
 Europaallee 7 – 9
 66113 Saarbrücken

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von neuropsychologischer Therapie

Leistungserbringer/in

 Name, Vorname, Titel _____
LANR

☒ Anschrift _____

@ E-Mail-Adresse _____ ☎ Telefonnummer

Tätigkeitsart

Ab/Seit: _____ niedergelassen angestellt ermächtigt
 Gemeinschaftspraxis Einzelpraxis MVZ Einrichtung

 Name der Praxis / des MVZ / der Einrichtung

Praxisübernahme von: _____
Name, Vorname

Teilnahme an hausärztlicher Versorgung fachärztlicher Versorgung

 im Fachgebiet und ggf. Schwerpunkt / Zusatzbezeichnung

Tätigkeitsorte (Der Antrag bezieht sich auf folgende (Neben-)Betriebsstätten)

☒ Anschrift _____ _____
BSNR

☒ Anschrift _____ _____
BSNR

☒ Anschrift _____ _____
BSNR

☒ Anschrift _____ _____
BSNR

Fachliche Anforderungen gemäß § 6 Absatz 2

1. Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung

Neurologie	<input type="checkbox"/>
Neurologie und Psychiatrie	<input type="checkbox"/>
Nervenheilkunde	<input type="checkbox"/>
Psychiatrie	<input type="checkbox"/>
Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>
Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	<input type="checkbox"/>
Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	<input type="checkbox"/>
Ärztlicher Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>
Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>
Kinder- und Jugendpsychotherapeut	<input type="checkbox"/>

und

2. Nachweis über den Erwerb der neuropsychologischen Zusatzqualifikation

Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Neuropsychologie gemäß der Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer 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 Landespsychotherapeutenkammer oder – soweit eine solche nicht besteht – gemäß der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer

und

3. **Für ärztliche Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Nachweise über den Erwerb von Kenntnissen und Erfahrungen gemäß Weiterbildungszeugnissen in dem Verfahren**

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

oder

tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

oder

Verhaltenstherapie

Erklärung des Antragstellers/der Antragstellerin

Ich verpflichte mich 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 insbesondere folgendes:

- Die Feststellung der Indikation zur neuropsychologischen Therapie erfolgt in einer zweistufigen Diagnostik. Die Stufendiagnostik darf im Rahmen einer Behandlung nicht durch dieselben Leistungserbringer erbracht werden (§ 5 Abs. 1)
- Unverzüglich nach Feststellung der Diagnose gemäß § 5 Abs. 2 ist eine krankheitsspezifische neuropsychologische Diagnostik unter Einschätzung der Therapieindikation und der Prognose für die Therapie durchzuführen ist (§ 5 Abs. 3).
- Vor Beginn der Behandlung ist – aufbauend auf der Diagnostik gemäß § 5 Abs. 2 und 3 – ein Therapieplan zu erstellen, der die krankheitswertigen Störungen gemäß den Indikationen nach § 4 sowie die für die jeweiligen Krankheitsphasen vorgesehenen therapeutischen Maßnahmen nach § 7 Abs. 5 und deren Umfang und Frequenz beinhaltet. Der behandelnde Arzt oder 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).
- Sofern neben der neuropsychologischen Therapie auch ergotherapeutische, logopädische oder physiotherapeutische Maßnahmen zur Anwendung kommen sollen, sind diese entsprechend den Maßgaben der Heilmittel-Richtlinie durchzuführen und bedürfen einer vertragsärztlichen Verordnung (§ 8). Die in § 9 Abs. 1 bis 4 vorgeschriebenen Inhalte werden entsprechend dokumentiert.

Ich werde alle Auskünfte erteilen und alle erforderlichen Unterlagen vorlegen, die die Kassenärztliche Vereinigung zur Überprüfung ihrer sicherzustellenden und zu gewährleistenden Tätigkeiten benötigt.

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der neuropsychologischen Therapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch mich erst nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Saarland zulässig ist.

Mir ist bekannt, dass gemäß Beschluss der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland über die Gebührenordnung nach § 20 Abs. 2 der Satzung eine Gebühr zu zahlen ist.

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit aller vorstehenden Angaben.

Datum

Unterschrift Leistungserbringer/in

ggf. Stempel

Bei angestellten Ärzten:

Datum

Unterschrift anstellende/r Arzt/Ärztin
bzw. Ärztliche/r Leiter/in des MVZ

Stempel