

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

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

Name, Vorname (Antragsteller):

Vertragsarztnummern (wenn bereits bekannt):

LANR:.....

BSNR:.....

NBSNR:

Privatanschrift

Praxisanschrift

(bei ermächtigten Ärzten Anschrift des Krankenhauses)

Straße:

.....

PLZ/Ort:

.....

Telefon:

.....

Telefax:

.....

Email:

.....

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):

.....

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:

.....

Teilberufsausübungsgemeinschaft mit:

.....

Angestellte(r) Ärztin/Arzt bei:

.....

A) Fachliche Anforderung gem. § 6 Abs. 2

Nachweis/Zeugnis/ Erklärung

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- u. Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie | <input type="checkbox"/> |
| • Kinder- u. Jugendpsychiatrie und - psychotherapie | <input type="checkbox"/> |
| • Psychologischer Psychotherapeut | <input type="checkbox"/> |
| • Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeut | <input type="checkbox"/> |

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

und

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

und

3. für **ärztliche Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten** und **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** Nachweis über den Erwerb von Kenntnissen und Erfahrungen gemäß Weiterbildungszeugnis *(Zeugnis bitte in Kopie dem Antrag beifügen)*

- | | |
|---|--------------------------|
| • in dem Verfahren tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie | <input type="checkbox"/> |
| • in den Verfahren tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie | <input type="checkbox"/> |
| • in dem Verfahren Verhaltenstherapie | <input type="checkbox"/> |

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 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),
- 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 § 136 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 Nordrhein zulässig ist.**

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Titel, Vorname und Name zusammen mit meiner Praxisanschrift und Praxistelefonnummer unter www.kvno.de veröffentlicht wird.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers

Vertragsarztstempel

**erforderlichenfalls
Unterschrift des anstellenden Arztes**

**erforderlichenfalls
Unterschrift des Leiters (Einrichtung MVZ)**