

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Abrechnung/Honoraranträge  
Vogelsgarten 6  
90406 Nürnberg

### Antrag für Kinder- und Jugendärzte

auf Genehmigung zur Abrechnung der Gebührenordnungsposition  
**04356 - Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 04355 für die  
weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung**

#### 1. Allgemeine Angaben

**Antragsteller** (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG \_\_\_\_\_  
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ \_\_\_\_\_  
(Name des MVZ)

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
(Name des KH) tt.mm.jj

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

**Die Antragstellung erfolgt für**

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

Angestellter Arzt bei o.g. Einzelpraxis seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

## 2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung für die folgende Leistung:

**GOP 04356** - Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 04355 für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung

## 3. Fachliche Voraussetzungen

- Nachweis einer sozialpädiatrischen Qualifikation von mindestens 40 Wochenstunden (gemäß dem Curriculum „Entwicklungs- und Sozialpädiatrie für die kinder- und jugendärztliche Praxis“ der Bundesärztekammer).

**oder**


- Anerkannte ärztliche Tätigkeit von mindestens sechs Monaten - auch im Rahmen der Weiterbildungszeit - in einem Sozialpädiatrischen Zentrum beziehungsweise in einer interdisziplinären Frühförderstelle.

### und zusätzlich

- Kooperation mit Logopäden, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie einem Sozialpädiatrischen Zentrum.

**Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieser Teilnahmeerklärung / dieses Antrags.**

**Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.**

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt /  
BAG-Vertretungsberechtigter /  
MVZ-Vertretungsberechtigter

**Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift angestellter Arzt

Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigefügt
1) Nachweis einer sozialpädiatrischen Qualifikation von mindestens 40 Wochenstunden (gemäß dem Curriculum „Entwicklungs- und Sozialpädiatrie für die kinder- und jugendärztliche Praxis“ der Bundesärztekammer).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>oder</b>		
2) Anerkannte ärztliche Tätigkeit von mindestens sechs Monaten - auch im Rahmen der Weiterbildungszeit - in einem Sozialpädiatrischen Zentrum beziehungsweise in einer interdisziplinären Frühförderstelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Genehmigungsantrag – Anhang –



### **Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen**

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses vom 18. November 2014 und 1. Dezember 2014 sind auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses ([www.institut-des-bewertungsausschusses.de](http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de)) in der Rubrik Bewertungsausschuss / Beschlüsse) abrufbar.