

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Team Antragsverfahren  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt

## Sozialpädiatrie

### Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der GOP 04356 – Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 04355 für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung –

*Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.*

*Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung. Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.*

Team Antragsverfahren

Karolin Rückert-Bertsch  
Zeynep Sever  
Florian Hehl  
Tel. 069 24741-6622/ 6572/ 6360  
Fax 069 24741-68847  
[Antragsverfahren@kvhessen.de](mailto:Antragsverfahren@kvhessen.de)

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt  
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt  
[www.kvhessen.de](http://www.kvhessen.de)

## Allgemeine Angaben

### Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_

Privatanschrift \_\_\_\_\_



Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum der Approbation: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Tätigkeit

Vertragliche Tätigkeit beantragt am \_\_\_\_\_ für folgende Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Aufnahme der Tätigkeit geplant zum \_\_\_\_\_ Tätigkeit aufgenommen am \_\_\_\_\_

### Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.

Zu einem späteren Datum \_\_\_\_\_

**Art der Tätigkeit<sup>1</sup>:**

Vertragsarzt in  Einzelpraxis  MVZ  Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Angestellter Arzt

in Praxis/BAG \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des anstellenden Arztes

in MVZ \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des MVZ

Ermächtigter Arzt \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung

Instituts-  
Ermächtigung \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters

Sicherstellungs-  
Assistent \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ  
mit Angabe des zu vertretenden Arztes

**Ort(e) der Tätigkeit<sup>2</sup>:**

Anschrift Standort: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Anschrift Standort: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

<sup>1</sup> Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben.

<sup>2</sup> Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

**Leistungsspektrum** (Gebührenordnungsposition = GOP)

### **Beantragte Leistungen**

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

### **Genehmigungsvoraussetzungen**

#### **Fachliche Qualifikation:**

- Ich führe die **Facharztbezeichnung: Kinder- und Jugendmedizin**
- und**
- verfüge über den **Nachweis** einer **sozialpädiatrischen Qualifikation** von **mindestens 40 Stunden** (gemäß dem Curriculum „**Entwicklungs- und Sozialpädiatrie für die kinder- und jugendärztliche Praxis**“ der Bundesärztekammer,
- oder**
- verfüge über den **Nachweis** einer **sechs monatigen ärztlichen Tätigkeit** (auch im Rahmen der Weiterbildungszeit) in einem **Sozialpädiatrischen Zentrum** bzw. einer **interdisziplinären Frühförderstelle**.

**Der entsprechende Nachweis (auch in Kopie) ist diesem Antrag beigelegt.**

#### **Kooperationsvoraussetzungen:**

- Ich bestätige, dass meine Praxis mit Logopäden, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie mit einem Sozialpädiatrischen Zentrum **kooperiert**.

#### **Erklärungen und Hinweise**

- Für Ärzte mit der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendmedizin, die eine Ermächtigung bzw. eine eingeschränkte Zulassung zur Teilnahme an der vertraglichen Versorgung beantragt haben, kann eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung bzw. im Rahmen der eingeschränkten Zulassung wirksam werden.
- BSNR-Änderungen und Anschriften-Änderungen sind mitzuteilen.

- Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertraglichen Tätigkeit führen können.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Antragsstellers

.....  
ggf. Praxisstempel

**Gilt nur für angestellte Ärzte**

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des MVZ-Leiters bzw.  
Unterschrift des anstellenden Arztes

.....  
Stempel

Stand: Februar 2021