

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung Team 1
60486 Frankfurt

KV | KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Sozialpsychiatrie

Antrag zur Teilnahme an der Vereinbarung gemäß § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung)

(Stand: 01.01.2019)

- Voraussetzung für die Abrechnung der Ziffer 88895 -

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. Die mit * gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder. Diese Angaben helfen uns bei der Bearbeitung Ihres Antrags.*

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Qualitätssicherung Team 1

Maria Kazantsidou
Tel 069 24741-6522
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.7@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname*, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift* _____

* _____  _____ * _____

Geburtsdatum*: _____ Datum der Approbation: _____

Angaben zur Tätigkeit

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 Tätigkeit¹:

Vertragsarzt in Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis 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 Tätigkeit²:

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

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

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

² 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)

GOP 88895 EBM Kostenerstattung für den besonderen Aufwand der Sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Genehmigungsvoraussetzungen

Fachliche Anforderungen

Die fachliche Befähigung zur Teilnahme an dieser Vereinbarung ist nach § 2 durch Zeugnisse und Bescheinigungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen nachzuweisen.

- Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie) (keine zusätzlichen Weiterbildungsnachweise erforderlich)

oder

- Facharzt für Kinderheilkunde / Kinder- und Jugendmedizin
- Facharzt für Nervenheilkunde (Neurologie)
- Facharzt für Psychiatrie (Psychiatrie und Psychotherapie)

und Nachweis einer mindestens zweijährigen Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

➔ Bitte den Nachweis über die Berechtigung zum Führen der Berufsbezeichnung - bzw. Unterlagen über deren Qualifikation (Zeugnisse / Bescheinigungen) dem Antrag beifügen.

Sonstige Anforderungen*

SPV Mitarbeiter gemäß § 3 Abs. 2 der Vereinbarung

Für die sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sollen dem Praxisteam mindestens ein Heilpädagoge und ein Sozialarbeiter bzw. eine entsprechende Zahl von Mitarbeitern mit jeweils vergleichbaren Qualifikationen wie Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulabschluss mit kinder- und jugendpsychiatrischer bzw. therapeutischer Zusatzqualifikation angehören (Dipl. Psychologe, Logopäde, Ergotherapeut, Physiotherapeut).

Praxisteam (§ 3 Abs. 2)

Nachfolgende Mitarbeiter/-innen mit vergleichbaren Qualifikationen gehören dem Praxisteam an:

Sozialarbeiter

Nr.	Name, Vorname, Anschrift	Qualifikation(en)	Std./Woche	Eintritt	Arbeitsvertrag vom
1					
2					

3					
4					

Heilpädagogen

Nr.	Name, Vorname, Anschrift	Qualifikation(en)	Std./Woche	Eintritt	Arbeitsvertrag vom
1					
2					
3					
4					

ODER - Sonstige Mitarbeiter mit vergleichbarer Qualifikation gemäß § 3 Abs. 2 der Vereinbarung mit kinder- und jugendpsychiatrischer bzw. therapeutischer Zusatzqualifikation:

(Dipl. Psychologe, Logopäde, Ergotherapeut, Physiotherapeut, ggf. weitere Kooperationspartner)

Nr.	Name, Vorname, Anschrift	Qualifikation(en)	Std./Woche	Eintritt	Arbeitsvertrag vom
1					
2					
3					

➔ **Bitte folgende Nachweise beifügen:**

- vertragliche Vereinbarungen
- Nachweis über die Berechtigung zum Führen der Berufsbezeichnung / bei Studium zum Führen des Titels (Urkunde)
- bzw. bei sonstigen Mitarbeitern Unterlagen über deren Qualifikation (Zeugnisse / Bescheinigungen)

Bitte beachten Sie:

Die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit des Heilpädagogen und des Sozialarbeiters im Praxisteam soll zusammen mindestens der von 1,5 Vollzeitkräften entsprechen. Dies ist jeweils auf einen Arzt bezogen. Sind mehrere Ärzte einer Praxis im Rahmen der SPV tätig, ist die Anzahl der nicht-ärztlichen Mitarbeiter angemessen zu erhöhen. Für die genannten nichtärztlichen Mitarbeiter müssen mindestens zwei eigene, abgeschlossene Arbeitsräume in Praxis zur Verfügung stehen.

Kooperation mit komplementären Berufen (§ 3 Abs. 3)

Ich kooperiere im Bedarfsfall mit folgenden komplementären Berufen gemäß § 3 Abs. 3 der Vereinbarung:

Psychologischen Psychotherapeuten

Nr.	Name, Vorname, Anschrift	Qualifikation(en)	Std./Woche	Eintritt	Kooperationsvertrag vom
1					
2					
3					

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Nr.	Name, Vorname, Anschrift	Qualifikation(en)	Std./Woche	Eintritt	Kooperationsvertrag vom
1					
2					
3					

Sprachtherapeuten (Logopäden)

Nr.	Name, Vorname, Anschrift	Qualifikation(en)	Std./Woche	Eintritt	Kooperationsvertrag vom
1					
2					
3					

Ergotherapeuten

Nr.	Name, Vorname, Anschrift	Qualifikation(en)	Std./Woche	Eintritt	Kooperationsvertrag vom
1					
2					
3					

Physiotherapeuten

Nr.	Name, Vorname, Anschrift	Qualifikation(en)	Std./Woche	Eintritt	Kooperationsvertrag vom
1					
2					
3					

➔ Bitte die Kooperationsvereinbarung(en) beifügen!

Räumliche Anforderungen

Für die o.g. Personen stehen in der Praxis mindestens zwei eigene, abgeschlossene Arbeitsräume zur Verfügung:

- ja nein

Neben der **kontinuierlichen Absprache im Praxisteam** finden zusätzlich in regelmäßigen Abständen, mindesten jedoch einmal im Monat, patientenorientierte Fallbesprechungen unter Einbeziehung o. a. komplementären Berufe statt:

- ja nein

Sonstige Verpflichtungen

Ich verpflichte mich

- die in der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung aufgeführten Anforderungen zu erfüllen und eine umfassende sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen **nach den Regeln der ärztlichen Kunst** für die von mir betreuten Patienten sicherzustellen.

Dies beinhaltet die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patienten beteiligten Ärzten und – soweit erforderlich – deren **konsiliarische Beratung**. Dies betrifft insbesondere die regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens mit dem behandelnden Arzt.

- Die **interdisziplinäre Zusammenarbeit** medizinischer, psychologischer, pädagogischer und sozialer Dienste zu gewährleisten und die in der Vereinbarung genannten Leistungsbereiche und Tätigkeitsfelder sicher zu stellen.
- Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen über **alle Änderungen** zu informieren, welche die Erfüllung der in § 3 dieser Vereinbarung genannten Voraussetzungen betreffen.
- Die **Patienten beziehungsweise deren Eltern** vor Aufnahme der Behandlung gemäß der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung zu befragen, ob bereits eine laufende sozialpsychiatrische Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren, Psychiatrischen Institutsambulanzen oder anderen sozialpsychiatrischen Einrichtungen in Anspruch genommen wird und das Ergebnis dieser Befragung zu dokumentieren.

Sofern die Befragung ergibt, dass bereits eine laufende sozialpsychiatrische Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren, Psychiatrischen Institutsambulanzen oder anderen sozialpsychiatrischen Einrichtungen in Anspruch genommen wird, besteht vor deren Beendigung kein Anspruch auf eine Versorgung und Vergütung im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung.

Erklärungen und Hinweise

- Für Ärzte, 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 anstellenden Arztes
bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters

.....
Stempel

04.10.2023