

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung Team 1
60486 Frankfurt

KV HESSEN
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 -

Qualitätssicherung
Team 1

Maria Kazantsidou
Tel 069 24741-6522
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.3@kvhessen.de

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

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.

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 - (einfache Kopien, gerne auch per Mail).

Folgende Unterlagen sind beigefügt:

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. Dem Antrag sind entsprechende Weiterbildungsnachweise beizufügen. *

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.

Nachfolgende Mitarbeiter/-innen **gehören** meinem Praxisteam **an**:

Heilpädagogen

(Name, Anschrift) (vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

(Name, Anschrift) (vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

(Name, Anschrift) (vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

Sozialarbeiter

(Name, Anschrift) (vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

(Name, Anschrift) (vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

(Name, Anschrift) (vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

(Name, Anschrift) (vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

(Name, Anschrift) (vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

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

(Name, Anschrift) (vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

(Name, Anschrift) (vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

(Name, Anschrift) (vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

(Name, Anschrift) (vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

(Name, Anschrift) (vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

(Name, Anschrift) (vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

(Name, Anschrift) (vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

(Name, Anschrift) (vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

→ **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)

Hinweis:

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.

Räumliche Anforderungen*

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

Kooperation mit komplementären Berufen gemäß § 3 Abs. 3 der Vereinbarung

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

Psychologischen Psychotherapeuten

(Name, Anschrift)

(Name, Anschrift)

(Name, Anschrift)

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

(Name, Anschrift)

(Name, Anschrift)

(Name, Anschrift)

Sprachtherapeuten (Logopäden)

(Name, Anschrift)

(Name, Anschrift)

(Name, Anschrift)

Ergotherapeuten

(Name, Anschrift)

(Name, Anschrift)

(Name, Anschrift)

Physiotherapeuten

(Name, Anschrift)

(Name, Anschrift)

(Name, Anschrift)

→ **Bitte Kooperationsvereinbarungen beifügen!**

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

