

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung
Substitution & weitere Genehmigungen
Europa-Allee 90
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)

(In Kraft getreten am 01.07.2009 / 01.10.2012

- 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.

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

Qualitätssicherung
Substitution & weitere Genehmigungen

Bianca Klameth-Mährlein
Tel 069 24741-6646
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 oder geplante Aufnahme der 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 Tätigkeit¹:

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 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.

Genehmigungsvoraussetzungen

Fachliche Anforderungen (§ 2 der Vereinbarung)

(Bitte kreuzen Sie das für Sie Zutreffende an)

- 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

Kooperation mit komplementären Berufen (§ 3 Abs. 2 und 3 der Vereinbarung)

Für die sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen gehören meinem Praxisteam folgende Mitarbeiter/-innen an:

Heilpädagogen

(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)

Sonstige Mitarbeiter mit vergleichbarer Qualifikation

(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)
- Unterlagen über die Qualifikation (Zeugnisse / Bescheinigungen)

Für die sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen gehören gem. § 3 Abs. 3 der Vereinbarung meinem Praxisteam folgende Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter an

<p>Ich <u>beschäftige</u> in meiner Praxis:</p> <p>Psychologische Psychotherapeuten <input type="checkbox"/></p> <p>Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten <input type="checkbox"/></p> <p>Sprachtherapeuten (Logopäden) <input type="checkbox"/></p> <p>Ergotherapeuten <input type="checkbox"/></p> <p>Physiotherapeuten <input type="checkbox"/></p> <p>Bitte Qualifikationsnachweis und arbeitsvertragliche Vereinbarungen beifügen.</p>	<p>Ich <u>kooperiere</u> im Bedarfsfall mit:</p> <p>Psychologische Psychotherapeuten <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Sprachtherapeuten (Logopäden) <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Ergotherapeuten <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Physiotherapeuten <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Bitte Kooperationsvereinbarungen beifügen.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Räumliche Anforderungen

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

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.
- Sicher zu stellen, dass neben der kontinuierlichen Absprache im Praxisteam zusätzlich in regelmäßigen Abständen, jedoch mindestens einmal im Monat, patientenorientierte Fallbesprechungen unter Einbeziehung der in § 3 Abs. 2 und 3 genannten komplementären Berufe stattfinden.
- 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

- Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben:

Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.

- Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mit ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

(Unterschrift(en) nächste Seite – Bitte nicht vergessen)

.....
Datum

.....
Unterschrift des Antragsstellers

.....
ggf. Praxisstempel

Gilt nur für angestellte Ärzte:

.....
Datum

.....
Unterschrift des anstellenden Arztes
bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ
(Institut/Klinik/Krankenhaus)

.....
Stempel