

Merkblatt

Antrag zur Teilnahme an der Versorgung nach der KJ-KSVPsych-Richtlinie

(für Ihre Unterlagen bestimmt)

I. Checkliste

Dem Antrag zur Teilnahme an der Versorgung nach der KJ-KSVPsych-Richtlinie sind nachstehende Unterlagen beizufügen

- Arztregisterauszug (wenn KV-Bereich außerhalb von Hessen liegt)

II. Allgemeine Hinweise zum Antragsverfahren

Um Ihnen Ihr Antragsverfahren zu erleichtern, ist die Übersendung von Originalunterlagen, nicht erforderlich. Etwaig zugesandte Originalunterlagen können daher nicht an Sie zurückgeschickt werden. Wir bitten Sie, Ihre Unterlagen nicht zu heften, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden. **Aufgrund dieser Verfahrenserleichterung bitten wir Sie zudem, nur eine Form der Übersendung von Anträgen zu wählen.**

Der Antrag ist postalisch, per E-Mail oder per Fax einzureichen bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Anschrift:

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Team Bedarfsprüfung
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main
bedarfspruefung@kvhessen.de
069 24741-68804

E-Mail-Adresse

Fax-Nummer

III. Hinweise zur Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen

Bitte beachten Sie, dass für die Durchführung und Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein müssen. Diese Leistungen dürfen – unabhängig vom Status Ihrer Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung – nur dann im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht und abgerechnet werden, wenn eine entsprechende Genehmigung oder Anerkennung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen vorliegt. Für Leistungen im Rahmen der KJ-KSVPsych wird diese Genehmigung automatisch erteilt, sobald Ihr Antrag auf Teilnahme an der Versorgung nach der KJ-KSVPsych-Richtlinie positiv beschieden wurde.



Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Team Bedarfsprüfung
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main

**BITTE VERGESSEN SIE NICHT,
IHREN ANTRAG ZU
UNTERSCHREIBEN!**

Antrag zur Teilnahme an der Versorgung nach der KJ-KSVPsych-Richtlinie

Das Antragsformular bitte vollständig ausfüllen sowie Zutreffendes ankreuzen! Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein, ohne dadurch eine geschlechtsspezifische Diskriminierung vornehmen zu wollen.

1. Allgemeine Angaben zum Antragssteller

Titel		
Vorname		
Nachname		
Praxis	Anschrift	
	BSNR	
Praxis*	Anschrift	
	BSNR	
E-Mail		
Telefon		
Faxnummer		
LANR		

* Bitte angeben, wenn es mehr als einen Tätigkeitsort gibt und über beide abgerechnet werden soll.

2. Teilnahmeberechtigung

§ 4 Abs. 1 KJ-KSVPsych-RL

Teilnahmeberechtigt sind an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst einer der im Folgenden genannten Ärzte oder Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten.

<input type="checkbox"/>	Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche
<input type="checkbox"/>	Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Erfahrung in der Behandlung von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen (insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie)
<input type="checkbox"/>	Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen entsprechend den in § 4 Absatz 2 und 4 der Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 4. Januar 2024 und in Kraft getreten am 1. April 2024, festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen entsprechend den in § 3 Absatz 2 und 4 der Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 4. Januar 2024 und in Kraft getreten am 1. April 2024, festgelegten Anforderungen

3. Selbsterklärung und Einverständniserklärung

§ 4 Abs. 2 KJ-KSVPsych-RL

Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung ist die Erklärung gegenüber der KVH, dass die Anforderungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie umgesetzt werden und dass der Veröffentlichung der Angaben gemäß § 4 Abs.8 zugestimmt wird.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Anforderungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie umsetze.

Ich bin damit einverstanden, dass die KVH meine Teilnahme namentlich in einem **Verzeichnis** mit den von mir gemeldeten Erreichbarkeiten auf der Homepage **veröffentlicht** und den zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zur Verfügung stellt.

Mir ist bekannt, dass meine Angaben der **Arztsuche des nationalen Gesundheitsportals** zur Verfügung gestellt werden.

Ich informiere die KVH unverzüglich, wenn ich die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr erfülle bzw. die Anforderungen nicht mehr zu erfüllen bereit bin.

4. Zentrales Team und telefonische Erreichbarkeit

§ 4 Abs. 3 KJ-KSVPsych-RL

Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirkt mindestens ein Arzt und ein Psychotherapeut nach dieser Richtlinie mit einer nichtärztlichen Koordinationsperson gem. § 6 KJ-KSVPsych-RL als ein patientenindividuelles Zentrales Team zusammen.

Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell. Das Zentrale Team stellt eine telefonische Erreichbarkeit an mindestens vier Tagen pro Woche von jeweils mindestens 50 Minuten sicher.

<input type="checkbox"/>	Insbesondere ist mir bekannt, dass die sich aus der KJ-KSVPsych-RL ergebende Aufgaben und Anforderungen im Zusammenwirken als Zentrales Team zu erfüllen sind.
<input type="checkbox"/>	Ich versichere, dass die telefonische Erreichbarkeit des zentralen Teams an mindestens vier Tagen pro Woche von mindestens 50 Minuten sichergestellt wird.

Meine telefonische Erreichbarkeit

Montag	von:	bis:	von:	bis:
Dienstag	von:	bis:	von:	bis:
Mittwoch	von:	bis:	von:	bis:
Donnerstag	von:	bis:	von:	bis:
Freitag	von:	bis:	von:	bis:
Samstag	von:	bis:	von:	bis:

5. Koordinationspersonen

§ 6 KJ-KSVPsych-RL

Durch folgende Berufsgruppen kann die Koordination der Versorgung der Patienten erfolgen:

1. nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten,
2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,
3. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von Soziotherapie gemäß § 132b SGB V abgeschlossen haben,
4. Medizinische Fachangestellte,
5. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,
6. Pflegefachpersonen,
7. Psychologinnen und Psychologen,
8. Heilpädagoginnen und Heilpädagogen,
9. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger,
10. nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Stimm-, Sprech-, Sprach- oder Schlucktherapie oder
11. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine o.g. Berufsgruppe ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

Berufsgruppe (Nachweis erforderlich)	Name der Koordinationsperson	Tätigkeitsort (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	Zusatzqualifikation/ Berufserfahrung

Mit der Unterschrift unter diesem Antrag wird bestätigt, dass die benannten Koordinationspersonen nach den Nummern 1 bis 11 eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen, besitzen.

6. Erweitertes Team

§ 4 Abs. 4 und 5 KJ-KSVPsych-RL

Darüber hinaus sollen zur Adressierung des Versorgungsziels nach § 1 ein patientenindividuelles erweitertes Team mit den in § 4 Abs.5 gebildet werden.

1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,
2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Stimm-, Sprech-, Sprach- oder Schlucktherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V,
3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V,
4. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und
5. im Rahmen der Transition: Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Soziotherapie mit einer Zulassung nach § 132b SGB V.

Ich versichere, dass bei Bedarf ein patientenindividuelles **Erweitertes Team** mit weiteren Leistungserbringern gebildet werden kann.

7. Zusammenarbeit mit anderen Akteuren

§ 4 Abs. 6 KJ-KSVPsych-RL

Mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Akteuren wird eine Zusammenarbeit angestrebt.

1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,
2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe,
3. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben,
4. Jugendämter,
5. Öffentlicher Gesundheitsdienst,
6. Einrichtungen der Jugendhilfe,
7. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kindertagesstätten,
8. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen,
9. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 des Elften Buches Sozialgesetzbuch abgeschlossen haben,
10. Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen,
11. Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,
12. Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige,
13. Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten und
14. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung.

Ich versichere, dass die Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren angestrebt wird.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

die Inhalte dieser Erklärung sowie die Inhalte, Ziele und Bestimmungen der KJ-KSVPsych-RL und die Verpflichtungen, die sich für mich bei der Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie ergeben, sind mit bekannt und ich erkenne diese für mich als rechtsverbindlich an.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

X

(Ort, Datum)

X

(Unterschrift des Anzeigenstellers)