

E-Mail genehmigung@kv-rlp.de
Fax 06131 326-327
Telefon 06131 326-326

www.kv-rlp.de/251264

ANTRAG

auf Genehmigung zur Teilnahme an der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Vereinbarung gemäß § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur
Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und
Jugendlichen (Anlage 11 zu den Bundesmantelverträgen)

I. Angaben zum Leistungserbringer

.....
ggf. Titel Name, Vorname geb. am

.....
Lebenslange Arztnummer (LANR), falls bekannt

.....
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde) Telefon

.....
E-Mail-Adresse Telefon mobil

.....
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

Im Bereich der KV RLP tätig ab/seit:

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- ermächtigter (Krankenhaus-) Arzt
- angestellter Arzt

II. Leistungsumfang (Abrechnungsnummer)

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

III. Fachliche Anforderungen

Die Genehmigung zur Teilnahme an der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt.

ja (bitte Bescheid beifügen) nein

Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?

ja nein

Ich bin zum Führen folgender Gebietsbezeichnung berechtigt:

Kinder- und Jugendpsychiater (Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie)

oder

Ich bin

Facharzt für Kinderheilkunde / Kinder- und Jugendmedizin

Facharzt für Nervenheilkunde (Neurologie)

Facharzt für Psychiatrie (Psychiatrie und Psychotherapie)

und

habe eine mindestens zweijährige Weiterbildung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie an einer entsprechenden Weiterbildungsstätte absolviert.

Bitte entsprechende Bescheinigung der Weiterbildungsstätte beifügen.

IV. SPV Mitarbeiter gemäß § 3 Abs. 2 der Vereinbarung

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

Heilpädagogen

(Name, Anschrift)

(vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

(Name, Anschrift)

(vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

IV. SPV Mitarbeiter gemäß § 3 Abs. 2 der Vereinbarung (Fortsetzung)

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)

Sonstige Mitarbeiter mit vergleichbarer Qualifikation gemäß § 3 Abs. 2 der Vereinbarung mit kinder- und jugendpsychiatrischer 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)

Bitte die entsprechenden Nachweise (vertragliche Vereinbarungen, Berechtigung zum Führen der Berufsbezeichnungen bzw. bei sonstigen Mitarbeitern Unterlagen über deren Qualifikation) beifügen.

- Für die oben genannten Mitarbeiter stehen in der Praxis mindestens zwei eigene, abgeschlossene Arbeitsräume zur Verfügung.

V. Kooperation mit komplementären Berufen

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

Psychologischen Psychotherapeuten

(Name, Anschrift)

(Name, Anschrift)

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

(Name, Anschrift)

(Name, Anschrift)

Sprachtherapeuten (Logopäden)

(Name, Anschrift)

(Name, Anschrift)

Ergotherapeuten

(Name, Anschrift)

(Name, Anschrift)

Physiotherapeuten

(Name, Anschrift)

(Name, Anschrift)

Bitte entsprechende Bestätigungen beifügen.

- 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.

VI. Erklärung

- Ich verpflichte mich, den Patienten bzw. dessen Eltern vor Aufnahme der Behandlung gemäß dieser Vereinbarung zu befragen, ob bereits eine laufende sozialpsychiatrische Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren, Psychiatrischen Institutsambulanzen oder anderen sozialpsychiatrischen Einrichtungen in Anspruch genommen wird. Das Ergebnis der Befragung ist 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 dieser Vereinbarung.
- 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 Ärzte und - soweit erforderlich - deren konsiliarische Beratung. Dazu gehört insbesondere die regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens mit dem behandelnden Arzt.
- Ich werde die interdisziplinäre Zusammenarbeit medizinischer, psychologischer, pädagogischer und sozialer Dienste gewährleisten und die in der Anlage zu § 3 Abs. 1 der Vereinbarung aufgeführten Leistungsbereiche und Tätigkeitsfelder sicherstellen.
- Ich verpflichte mich zur Beteiligung an der Evaluation in pseudonymisierter Form (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung § 7). Von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung steht hierzu eine Online-Plattform zur Erfassung der praxis- und versorgungsbezogenen Erhebungsbögen für die teilnehmenden Praxen zur Verfügung (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung Anlage 3).

VII. Allgemeines

- Sozialpsychiatrische Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn hierfür die erforderliche Genehmigung zur Teilnahme an der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch die KV RLP erteilt wurde. Eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich. Die Voraussetzungen des EBM sind zusätzlich zu beachten.
- Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Teilnahme an der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen nur im Rahmen des vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Ermächtigungsumfanges wirksam.

Der Unterzeichner versichert die Richtigkeit der vorstehenden Angaben:

Datum

Unterschrift/Stempel des ausführenden
Arztes

Datum

Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes
bzw. der abrechnenden Stelle (anstellender
Vertragsarzt, MVZ, Institut)