KVB
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Pommernstr. 17+19 Süd
93073 Neutraubling

➡ Jetzt **online** beantragen in **Meine KVB**

Antrag

auf **Teilnahme an der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen** nach der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV)

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BA angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

LANR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

BSNR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

☐ Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Arzt

☐ Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____
(Name der BAG)

☐ Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____
(Name des MVZ)

☐ Ich bin ermächtigter Arzt

_____
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

_____
E-Mail-Adresse Telefonnummer

_____
Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

Die Antragstellung erfolgt für

☐ den Antragsteller persönlich *oder*

☐ den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

LANR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I Titel _____

Name _____, Vorname _____

☐ Angestellter Arzt bei o.g. Einzelpraxis

☐ Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft

☐ Angestellter Arzt im o. g. MVZ

☐ Vertragsarzt im o. g. MVZ

2. Beantragung

Beantragt wird nach der Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen die Genehmigung zur Abrechnung der Gebührenordnungsnummer 88895 EBM

3. Fachliche Voraussetzungen

☐ Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiater

oder

☐ Kinderarzt*

oder

☐ Nervenarzt*

oder

☐ Psychiater*

**mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der der Kinder- und Jugendpsychiatrie;*
Das Vorliegen der zweijährigen Weiterbildung bestätige ich mit meiner Unterschrift.

4. Kooperation mit komplementären Berufen

Zur Gewährleistung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen medizinischen, psychologischen, pädagogischen und sozialen Diensten sind nachfolgende Voraussetzungen gegeben:

a) **Zusammenarbeit im Praxisteam**:

- Dem Praxisteam gehören an (**insgesamt mind. 2** nicht-ärztliche Mitarbeitende):

☐ ein Heilpädagoge

und

☐ ein Sozialarbeiter

oder

☐ Sonstige Mitarbeitende mit jeweils vergleichbarer Qualifikation wie Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulabschluss mit kinder- und jugendpsychiatrischer bzw. -therapeutischer Zusatzqualifikation:

Berufsbezeichnung	**Zusatzqualifikation**
_____	_____
_____	_____

- Die **vertraglich vereinbarte Arbeitszeit** der Mitarbeitenden im Praxisteam soll zusammen mindestens 1,5 Vollzeitkräften entsprechen. Dies ist jeweils auf den Arzt bezogen. Sind mehrere Ärzte einer Praxis im Rahmen der SPV tätig, ist die Anzahl der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden entsprechend zu erhöhen.

☐ Die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit der Mitarbeitenden in der Praxis entspricht zusammen _____ Vollzeitkräften (1 VK entspricht 38 Wochenstunden).

In der Praxis sind _____ Ärzte im Rahmen der SPV tätig.

☐ Ich bestätige, dass für die nicht-ärztlichen Mitarbeitenden mindestens zwei eigene, abgeschlossene Arbeitsräume zur Verfügung stehen.

b) **Zusammenarbeit innerhalb oder außerhalb des Praxisteams**: Sind Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, Sprachtherapeuten (Logopäden), Ergotherapeuten oder Physiotherapeuten in der Praxis nicht beschäftigt, besteht im Bedarfsfall die Kooperation mit folgenden Komplementärberufen:
Bitte beachten Sie: Im Bedarfsfall müssen alle genannten Berufsgruppen zur Verfügung stehen.

☐ Psychologische Psychotherapeuten

_____
Name, Praxisanschrift

☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

_____
Name, Praxisanschrift

☐ Sprachtherapeuten (Logopäden)

_____
Name, Praxisanschrift

☐ Ergotherapeuten

_____
Name, Praxisanschrift

☐ Physiotherapeuten

_____
Name, Praxisanschrift

5. Verpflichtungserklärung

Ich erkläre, dass ich die in der jeweils gültigen Sozialpsychiatrie-Vereinbarung aufgeführten Anforderungen erfülle und **verpflichte mich** mit meiner Unterschrift, eine umfassende sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach den Regeln der ärztlichen Kunst für die von mir betreuten Patienten sicherzustellen.

Insbesondere stelle ich sicher, dass neben der **kontinuierlichen Absprache im Praxisteam** zusätzlich in regelmäßigen Abständen, mindestens jedoch einmal im Monat, **patientenorientierte Fallbesprechungen** unter Einbeziehung der komplementären Berufe stattfinden. Mir ist bekannt, dass ich zur **kontinuierlichen Zusammenarbeit** mit den übrigen an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzten und – soweit erforderlich – zu deren **konsiliarischer Beratung** verpflichtet bin, insbesondere zur regelmäßigen Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens.

Die in der Anlage 1 zur SPV geforderten **Leistungsbereiche und Tätigkeitsfelder der Diagnostik und Therapie** stelle ich sicher und erbringe die erforderliche **Mindestanzahl an Patientenkontakten** (mind. ein Arzt-Patienten-Kontakt sowie mind. ein SPV-Mitarbeiter-Patienten-Kontakt zzgl. eines weiteren Kontaktes, der als Arzt-Patienten-Kontakt oder Arzt-Eltern-Kontakt oder SPV-Mitarbeiter-Patienten-Kontakt erbracht werden kann).

Über alle Änderungen, die die Kooperation mit den komplementären Berufen nach § 3 SPV betreffen, werde ich **die KVB umgehend informieren**.

Des Weiteren verpflichte ich mich zur Beteiligung an der **Evaluation** nach § 7 SPV.

Mir ist bekannt, dass ich mich vor Aufnahme der Behandlung beim Patienten bzw. dessen Eltern zu vergewissern habe, dass **nicht bereits eine laufende Behandlung** in sozialpädiatrischen Zentren, psychiatrischen Institutsambulanzen oder anderen SPV-Einrichtungen wahrgenommen wird. Das Ergebnis ist zu dokumentieren. Ergibt die Befragung, dass sich der Patient bereits in einer laufenden Behandlung durch eine der vorgenannten Einrichtungen befindet, besteht kein Anspruch auf eine zusätzliche Behandlung bzw. Vergütung nach der SPV.

Mir ist bekannt, dass die KVB die jeweiligen Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und den GKV-Spitzenverband in regelmäßigen Abständen über die Namen und Anschriften der an der SPV teilnehmenden Ärzte informiert.

Ich bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.

Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.

Ort, Datum	Unterschrift Arzt / BAG-Vertretungsberechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum	Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt

Stempel Antragsteller

Genehmigungsantrag – Anhang –

Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Kooperation mit komplementären Berufen

Der antragstellende Arzt muss die interdisziplinäre Zusammenarbeit medizinischer, psychologischer, pädagogischer und sozialer Dienste gewährleisten.

Dazu sollen dem Praxisteam mindestens ein Heilpädagoge und ein Sozialarbeiter angehören (§ 3 Abs. 2 SPV). Der Heilpädagoge und der Sozialarbeiter können ersetzt werden durch eine entsprechende Zahl von Mitarbeitenden mit jeweils vergleichbaren Qualifikationen, wie Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulabschluss mit mindestens sechsmonatiger kinder- und jugendpsychiatrischer bzw. therapeutischer Zusatzqualifikation in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken, Praxen, Ausbildungsinstituten oder sonstigen Einrichtungen. Die Zugehörigkeit dieser Mitarbeitenden zum Praxisteam und deren Berufsabschluss bzw. der Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulabschluss sind im Antragsformular anzugeben.

Die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit der mindestens zwei geforderten Mitarbeitenden (Heilpädagogen und/oder Sozialarbeiter ggf. Mitarbeitende mit vergleichbarer Qualifikation und mit kinder- und jugendpsychiatrischer bzw. therapeutischer Zusatzqualifikation) muss 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 Mitarbeitenden entsprechend zu erhöhen. Pro Vollzeitkraft ist eine Wochenarbeitszeit von 38 Stunden zugrunde zu legen. Die nicht-ärztlichen Mitarbeitenden können im Angestelltenverhältnis oder auf Honorarbasis im Praxisteam tätig sein.

Für die genannten nicht-ärztlichen Mitarbeitenden müssen mindestens zwei eigene, abgeschlossene Arbeitsräume in der Praxis zur Verfügung stehen.

Veränderungen der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden sind über das Formular „Änderungsmitteilung“ mitzuteilen. Dies finden Sie unter Mitglieder/Praxisführung/Service/Formularservice: A-Z-Verteilerseite "Formulare" der KVB-Website. Ein nur personeller Wechsel unter Beibehaltung der Berufsbezeichnung und bei gleichbleibender Arbeitszeit bedarf keiner Änderungsmitteilung.

Werden Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, Sprachtherapeuten (Logopäden), Ergotherapeuten und Physiotherapeuten nicht in eigener Praxis beschäftigt, hat der antragstellende Arzt im Antragsformular anzugeben, dass er mit den betreffenden komplementären Berufen im Bedarfsfall kooperiert (vgl. § 3 Abs. 3 SPV). Gängige Kooperationsmöglichkeiten sind neben den vorgenannten Therapeuten: Schulpsychologen, Erziehungsberatungsstellen, Sozial- und Jugendämter, Drogenberatungsstellen sowie Jugendgerichtshilfen.

Der an der Vereinbarung teilnehmende Vertragsarzt muss sicherstellen, dass neben der kontinuierlichen Absprache im Praxisteam zusätzlich in regelmäßigen Abständen, mindestens jedoch einmal im Monat, patientenorientierte Fallbesprechungen unter Einbeziehung der o. g. komplementären Berufe stattfinden. Diese können unter Vorhaltung heute üblicher Kommunikationstechniken (z. B. E-Mail, Telefon, FAX, Videosprechstunde) durchgeführt werden. Hierzu verpflichtet sich der Arzt mit seiner Unterschrift.

Weitere Informationen zur Sozialpsychiatrie-Vereinbarung finden Sie auf unserer Homepage unter: https://www.kvb.de/abrechnung/verguetungsvertraege/sozialpsychiatrie-vereinbarung/

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter https://www.kvb.de/ueber-uns/erhebung-personenbezogener-daten. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Bitte beachten Sie: Sofern im Antragsformular bzw. im Anhang das generische Maskulin verwendet wird, ist damit keine Unterscheidung zwischen den Geschlechtern beabsichtigt.