



## 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 mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie  
**oder**
- Nervenarzt mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie  
**oder**
- Psychiater mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie

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

Dem **Praxisteam** gehören an:

- ein Heilpädagoge  
**und**
- ein Sozialarbeiter  
oder
- ein Diplomsozialpädagoge  
oder
- ein psychologischer Psychotherapeut  
oder
- ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut  
**oder**

- Dem Praxisteam gehören Mitarbeiter mit folgender kinder- und jugendpsychiatrischer bzw. –therapeutischer Zusatzqualifikation an:

	<b>Berufsbezeichnung</b>	<b>Zusatzqualifikation</b>
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____

- Die **vertraglich vereinbarte Arbeitszeit** der Mitarbeiter 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 Mitarbeiter entsprechend zu erhöhen.

Die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit der Mitarbeiter in der Praxis entspricht zusammen \_\_\_\_\_ Vollzeitkräften. In der Praxis sind \_\_\_\_\_ Ärzte im Rahmen der SPV tätig.

- Für die nicht-ärztlichen Mitarbeiter stehen mindestens zwei eigene, abgeschlossene Arbeitsräume zur Verfügung. Bitte Praxisskizze vorlegen.

Von den nachfolgend genannten **komplementären Berufen** sind in eigener Praxis beschäftigt:

- Psychologische Psychotherapeuten  
**und**  
 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
**und**  
 Sprachtherapeuten (Logopäden)  
**und**  
 Ergotherapeuten  
**und**  
 Physiotherapeuten

**oder**

- Kooperation mit folgenden komplementären Berufen:

1. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Berufsbezeichnung

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Praxis

2. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Berufsbezeichnung

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Praxis

3. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Berufsbezeichnung

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Praxis

4. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Berufsbezeichnung

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Praxis

- Neben der kontinuierlichen Absprache im Praxisteam wird zusätzlich die regelmäßige Durchführung patientenorientierter Fallbeschreibungen unter Einbeziehung der oben genannten komplementären Berufe sichergestellt (mindestens einmal monatlich).

**Folgende Leistungsbereiche und Tätigkeitsfelder werden sichergestellt:**

**Diagnostik**

- Neuropsychiatrische Diagnostik unter Einbeziehung aller klinisch relevanten somatischen Befunde
- Umfassende Diagnostik der Entwicklung und des Sozialverhaltens, einschließlich der Verhaltenbeobachtung im sozialen Umfeld
- Interaktions- und Beziehungsdiagnostik, einschließlich biographischer Anamnese mit Beobachtung des Patienten im Kontakt mit seinen Bezugspersonen und seiner Umwelt
- Spezifische Testdiagnostik unter besonderer Berücksichtigung der jeweiligen Entwicklungsstörung, Erkrankung oder Behinderung

**Therapie**

- Erstellen von individuellen Therapieplänen unter Einbeziehung der jeweils erforderlichen ärztlichen und nichtärztlichen Maßnahmen
- Koordination und verantwortliche Begleitung des therapeutischen Prozesses
- Beratung der Bezugsperson, ggf. mit Anleitung zur Verhaltensänderung
- Sozialberatung des Patienten und seiner Bezugsperson
- Intervention bei psychosozialen Krisen, einschließlich der erforderlichen Kontaktaufnahmen z. B. zu Behörden und Schulen
- Heilpädagogische und soziotherapeutische Maßnahmen
- Psychotherapeutische Maßnahmen
- Entwicklungstherapeutische Maßnahmen (z. B. Ergotherapie, Logopädie)

**Mindestanzahl der Patientenkontakte**

Voraussetzung für die Abrechnung der Pauschale nach der SPV sind im Behandlungsfall mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt sowie mindestens ein SPV-Mitarbeiter-Patienten-Kontakt zuzüglich eines weiteren Kontaktes, der als

- Arzt-Patienten-Kontakt
- Arzt-Eltern-Kontakt  
oder
- SPV-Mitarbeiter-Patienten-Kontakt


erbracht werden kann.

**Keine anderweitige laufende Behandlung**

Vor Aufnahme der Behandlung hat sich der Arzt beim Patienten bzw. dessen Eltern zu vergewissern, 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.


**Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) 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.**

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen.


**Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragsingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen.**

\_\_\_\_\_  
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

Checkliste	Sind dem Antrag beigefügt
Praxisskizze	<input type="checkbox"/>

## 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. Der Heilpädagoge und der Sozialarbeiter können ersetzt werden durch eine entsprechende Zahl von Mitarbeitern 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 Mitarbeiter zum Praxisteam und deren Berufsabschluss bzw. der Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulabschluss sind im Antragsformular anzugeben.

Die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit der mindestens zwei geforderten Mitarbeiter (Heilpädagogen und/oder Sozialarbeiter ggf. der/des Mitarbeiters 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 Mitarbeiter angemessen zu erhöhen. Pro Vollzeitkraft ist eine Wochenarbeitszeit von 38 Stunden zugrunde zu legen. Die nichtärztlichen Mitarbeiter können im Angestelltenverhältnis oder auf Honorarbasis im Praxisteam tätig sein.

Für die genannten nichtärztlichen Mitarbeiter müssen mindestens zwei eigene, abgeschlossene Arbeitsräume in der Praxis zur Verfügung stehen. Hierzu ist eine Praxisskizze vorzulegen.

Veränderungen der nicht-ärztlichen Mitarbeiter sind über das Formular „Änderungsmitteilung“ mitzuteilen. 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 der SPV). Gängige Kooperationsmöglichkeiten sind neben den vorgenannten Psychologen und 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) durchgeführt werden. Es ist ausreichend, dass der Arzt die entsprechende Erklärung im Antragsformular ankreuzt.

Der antragstellende Vertragsarzt ist verpflichtet, die in der SPV aufgeführten Anforderungen zu erfüllen und eine umfassende sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern- und Jugendlichen nach den Regeln der ärztlichen Kunst für die von ihm betreuten Patienten sicherzustellen. Hierfür ist es erforderlich, dass der Arzt die im Antragsformular aufgeführten Leistungsbereiche und Tätigkeitsfelder ankreuzt und die Verpflichtungserklärung unterschreibt.

Die folgenden Rechtsgrundlagen können Sie bei Bedarf unter nachfolgenden Links abrufen:

Die komplette Darstellung des SGB V, der Bundesmantelverträge und der Ärzte – ZV:  
<http://www.kvb.de/praxis/rechtsquellen/rechtsquellen-bund/grundlagen/>

Sozialpsychiatrie-Vereinbarung:  
<http://www.kvb.de/praxis/praxisfuehrung/projekte-psychotherapie/sozialpsychiatrievereinbarung/>

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz).  
Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

**Anlage**

zum **Antrag auf Teilnahme an der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen** nach der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV) vom 01.07.2009

**Antragsteller**

**Titel** \_\_\_\_\_, **Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

**Erklärung des Antragstellers**


**Ich erkläre hiermit**, dass ich die Anforderungen der Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfülle und verpflichte mich hiermit, eine umfassende sozialpsychiatrische Versorgung von Kinder und Jugendlichen nach den Regeln der ärztlichen Kunst für die von mir betreuten Patienten sicherzustellen.

Über alle Änderungen, die die Erfüllung der in § 3 SPV genannten Voraussetzungen betreffen, werde ich die Kassenärztliche Vereinigung umgehend informieren.

Des Weiteren verpflichte ich mich zur Beteiligung an der nach § 7 SPV durchzuführenden Befragung und werde dazu in pseudonymisierter Form die geforderten Angaben zu den Patienten, zur Durchführung der Maßnahmen und zu den Ergebnissen der Behandlung zur Verfügung stellen.

Entsprechend § 67a Abs. 3 SGB X weisen wir 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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt / BAG-Vertretungsberechtigter /  
MVZ-Vertretungsberechtigter 

**Stempel Antragsteller**