

E-Mail	genehmigung@kvhb.de
Fax	0421/3404-347

## Antrag sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Gemäß § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V i.V.m. Anlage 11 Bundesmantelvertrag Ärzte

Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.

Fügen Sie dem Antrag bitte die erforderlichen Nachweise bei.

Bitte senden Sie den vollständigen Antrag an oben genannte E-Mail oder Fax-Nummer oder alternativ an die KV Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen.

### I. Angaben zum Leistungserbringer

ggf. Titel, Vorname, Name	
Wohnanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde)	
E-Mail-Adresse	
Telefonnummer	
Betriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
Nebenbetriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
weitere Nebenbetriebsstätte	

Im Bereich der KV HB tätig ab/seit	
LANR (falls bekannt)	

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

## II. Leistungsumfang GOP- EBM

- GOP **88895** EBM Kostenerstattung für den besonderen Aufwand der Sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen

## III. Fachliche Anforderungen

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung der sozialpsychiatrischen Versorgung 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:**

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

**oder**

- 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 entsprechenden Bescheinigungen der Weiterbildungsstätte beifügen.

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

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	

### Sozialarbeiter

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	

Bitte 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	
-----------------	--

### Logopäden

Name, Anschrift	
-----------------	--

Name, Anschrift	
-----------------	--

### Physiotherapeuten

Name, Anschrift	
-----------------	--

Name, Anschrift	
-----------------	--

Bitte entsprechende Bestätigung beifügen.

Neben der kontinuierlichen Absprache im Praxisteam finden zusätzlich in regelmäßigen Abständen, mindestens jedoch einmal im Monat, patientenorientierte Fallbesprechungen unter Einbeziehung oben angegebenen komplementären Berufen 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, Psychoiatrischen 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. Erklärung

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

**Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben.**