



Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Erklärung

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

(Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf)

Das Antragsformular bitte vollständig ausfüllen sowie Zutreffendes ankreuzen!

1. Angaben zum Leistungserbringer

Name:

Vorname:

LANR:

Praxisanschrift:

Tätigkeit in / als:

Eigener Niederlassung

Ermächtigter Arzt

Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ

Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: _____

2. Fachliche Voraussetzungen

Ich erkläre meine Teilnahme als

- Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/-therapeut; Fachpsychotherapeutin/-therapeut für Kinder- und Jugendliche
- Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Fachärztin/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zwei-jähriger Erfahrung in der Behandlung von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen (insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie)
- Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut oder ärztliche Psychotherapeutin/ärztlicher Psychotherapeut mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung

3. Erreichbarkeit des zentralen Teams

Ich versichere, dass eine telefonische Erreichbarkeit an mindestens vier Tagen pro Woche von jeweils mindestens 50 Minuten sichergestellt wird. Die Erreichbarkeitszeiten teile ich im Folgenden mit:

Wochentag (mind. 4 Tage)	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Uhrzeit von/bis					

Änderungen sind der KVBB anzuzeigen.

4. Erklärung

- Ich bestätige, dass die Anforderungen für die Versorgung nach der KJ-KSVPsych-Richtlinie umgesetzt werden.
- Mir ist bekannt, dass die sich aus der KJ-KSVPsych-RL ergebenden Aufgaben und Anforderungen im Zusammenwirken als patientenindividuelles Zentrales Team zu erfüllen sind. **Das Zentrale Team besteht aus mindestens zwei zur vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern und einer nichtärztlichen koordinierenden Person.**
- Innerhalb des Zentralen Teams wird patientenindividuell die Übernahme der Bezugsfunktion festgelegt.
- Die Anforderung, dass die nichtärztliche Koordinationsperson über eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen belegt oder über eine zweijährige Berufserfahrung in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen verfügt, ist erfüllt und kann gegenüber der KVBB, falls erforderlich, nachgewiesen werden.
- Bei Bedarf kann ein patientenindividuelles erweitertes Team gebildet werden.
- Ich informiere die KVBB, wenn ich die Voraussetzungen für die Versorgung nach der Richtlinie nicht mehr erfülle oder meine Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen nicht mehr besteht.
- Ich bin damit einverstanden, dass die KVBB meine Teilnahme in einem Verzeichnis mit den von mir gemeldeten Erreichbarkeitszeiten auf der KVBB-Homepage veröffentlicht und den zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie der Landeskrankenhausgesellschaft zur Verfügung stellt.
Mir ist bekannt, dass meine Angaben der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals zur Verfügung gestellt werden.

Ich versichere, dass die von mir in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Änderungen werde ich unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, Fachbereich Qualitätssicherung mitteilen.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

**Im Falle der Anstellung:
Unterschrift Ärztl. Leiter der
Einrichtung/MVZ
bzw. Unterschrift des Praxisinhabers**

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren:
qs@kvbb.de