

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
 Sicherstellung
 Elsenheimerstr. 39
 80687 München

➔ Jetzt **online** beantragen in **Meine KVB**

Teilnahmeerklärung

für die Versorgung nach der „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KJ-KSVPsych-RL)

1. Allgemeine Angaben

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

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Titel _____

Name _____ **Vorname** _____

Praxisanschrift

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

☐ Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Arzt/PT

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

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

Die Antragstellung erfolgt für

☐ den Antragsteller persönlich *oder*

☐ den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt/PT:

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Titel** _____

Name _____ **Vorname** _____

☐ Angestellter Arzt/ PT in o. g. Einzelpraxis

☐ Angestellter Arzt/PT im o. g. Berufsausübungsgemeinschaft

☐ Angestellter Arzt/PT im o. g. MVZ

☐ Vertragsarzt/-psychotherapeut im o. g. MVZ

2. Beantragung

Beantragt wird die Teilnahme an der Versorgung nach der KJ-KSVPsych-RL.

3. Fachliche Befähigung

Ich erkläre meine Teilnahme bzw. die Teilnahme meines Angestellten als	
☐	Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
☐	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
☐	Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie
oder	
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Erfahrung in der Behandlung von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen (insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie)	
Das Vorliegen der zweijährigen Weiterbildung bzw. Erfahrung bestätige ich mit meiner Unterschrift.	
☐	Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach der Psychotherapie-Vereinbarung

4. Selbsterklärung und Einverständniserklärung

☐	Ich bestätige, dass mir die Inhalte Ziele und Bestimmungen der KJ-KSVPsych-RL und die Verpflichtungen, die sich für mich bei der Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie ergeben, bekannt sind und ich die Anforderungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie umsetze. Insbesondere ist mir bekannt, dass die sich aus der KJ-KSVPsych-RL ergebenden Aufgaben und Anforderungen im Zusammenwirken als Zentrales Team zu erfüllen sind und bei Bedarf ein patientenindividuelles Erweitertes Team mit weiteren Leistungserbringern gebildet werden kann und die Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren anzustreben ist. Auch sind mir die Aufgaben bekannt, die sich für mich zusätzlich bei Übernahme der Bezugsfunktion ergeben. Ich versichere, dass die telefonische Erreichbarkeit des Zentralen Teams an mindestens vier Tagen pro Woche für mindestens 50 Minuten sichergestellt wird. Ich melde der KVB unverzüglich, wenn ich die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr erfülle bzw. die Anforderungen nicht mehr zu erfüllen bereit bin. Mir ist bekannt, dass meine Angaben der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals zur Verfügung gestellt werden.
☐	Ich bin damit einverstanden, dass die KVB meine Teilnahme namentlich in einem Verzeichnis mit meinen Erreichbarkeitszeiten auf ihrer Homepage veröffentlicht und den zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausesgesellschaften zur Verfügung stellt – vgl. § 4 Abs. 8 KJ-KSVPsych-RL. Als Erreichbarkeitszeiten gelten meine der KVB gemeldeten Zeiten der telefonischen Erreichbarkeit bzw. Sprechstundenzeiten.

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 Vertragsarzt/PT / BAG-
Vertretungsberechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt/PT zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt/PT

Stempel Antragsteller

Teilnahmeerklärung – Anhang –



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieser Teilnahmeerklärung 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 Zulassung im MVZ als auch bei Anstellung im MVZ zu. Der Arzt / PT, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mitzuunterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Für die fachliche Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen gelten die Anforderungen für

- Psychologische Psychotherapeuten nach § 4 Abs. 2 und 4 Psychotherapie-Vereinbarung*
- ärztliche Psychotherapeuten nach § 3 Abs. 2 und 4 Psychotherapie-Vereinbarung*

*in der Fassung vom 2. Febr. 2017, zuletzt geändert am 4. Jan. 2024 und in Kraft getreten am 1. April 2024

Bitte beachten Sie, dass die parallele Behandlung eines Patienten nach dieser Richtlinie ausgeschlossen ist. Wird ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, SPV) behandelt, ist die Versorgung nach der KJ-KSVPsych-RL ausgeschlossen.

Weitere Informationen zur KJ-KSVPsych-RL finden Sie auf unserer Homepage unter <https://www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/psychiatrische-komplexversorgung>

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/ueber-uns/erhebung-personenbezogener-daten

Sofern im Antragsformular bzw. in den Informationen zum Antrag das generische Maskulin verwendet wird, ist damit keine Unterscheidung zwischen den Geschlechtern beabsichtigt.