KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
SACHSEN

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Ressort Vertragsärztliche Versorgung
Fachbereich Versorgungsprojekte
Carl-Hamel-Straße 3
09116 Chemnitz

Erklärung

zur Teilnahme an der Versorgung nach der **KJ-KSVPsych-RL**

„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. Die Teilnahme wird erklärt für:

Titel, Name	
Vorname	
LANR	
BSNR	
Es liegt bereits eine Teilnahmeberechtigung aus einem anderen KV Bereich vor	☐ ja, KV ……. (Fotokopie wird beigefügt) ☐ nein

2. Aktuelle Kontaktdaten für die Veröffentlichung:

Adresse	
Telefon	
E-Mail	

3. Teilnahmeberechtigung gem. §4 Abs. 1 KJ-KSVPsych-RL

Die fachliche Befähigung wird nachgewiesen durch die Facharztbezeichnung:

☐ 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

☐ 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)

☐ Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach der Psychotherapie-Vereinbarung

4. Selbst- 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. Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens zwei zur vertragsärztlichen/ vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und eine nichtärztliche koordinierende Person in einem Zentralen Team zusammen. Bei Bedarf kann ein patientenindividuelles Erweitertes Team mit weiteren Leistungserbringern gebildet werden kann und die Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren ist anzustreben.

☐ Mindestens eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer des Zentralen Teams muss die Bezugsfunktion übernehmen. Die Aufgaben, die sich für mich zusätzlich bei Übernahme der Bezugsfunktion ergeben, sind mir bekannt

☐ Ich versichere, dass die telefonische Erreichbarkeit des Zentralen Teams an mindestens vier Tagen pro Woche für mindestens 50 Minuten sichergestellt wird.

Die Erreichbarkeitszeiten teile ich im Folgenden mit:

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

*Alle Änderungen sind der KV Sachsen anzuzeigen.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die KV Sachsen meine Teilnahme namentlich in einem Verzeichnis mit den von mir gemeldeten Erreichbarkeitszeiten auf ihrer Homepage veröffentlicht und den zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen zur Verfügung stellt – vgl. § 4 Abs. 8 KJ-KSVPsych-RL. Mir ist bekannt, dass meine Angaben der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals zur Verfügung gestellt werden.

☐ Ich verpflichte mich, der KV Sachsen unverzüglich mitzuteilen, wenn Voraussetzungen oder Anforderungen zur Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr erfüllt werden.

☐ Ich teile der KV Sachsen ebenfalls unverzüglich mit, wenn die Zulassung, Anstellung oder Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen für die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr besteht.

5. Hinweise

- Voraussetzung für die Teilnahme an der Versorgung ist die Erklärung gegenüber der KV Sachsen, dass die Anforderungen nach der KJ-KSVPsych-RL umgesetzt werden und dass der Veröffentlichung der Kontaktangaben zugestimmt wird.

- Bitte beachten Sie, dass die parallele Behandlung von Patienten nach unterschiedlichen Richtlinien 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.

- Die Berechtigung zur Teilnahme nach der KJ-KSVPsych-RL erfolgt durch die KV Sachsen und ist Voraussetzung für die Erbringung der Leistung nach dieser Richtlinie.

Ich versichere, dass die von mir in diesem Teilnahmeerklärung und den Anlagen gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Änderungen werde ich unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen mitteilen.

Datum	Unterschrift und Praxisstempel des Antragstellers
	ggf. Unterschrift und Praxisstempel des Arbeitgebers bzw. des Ärztlichen Leiters des MVZ