

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

Hinweise:

Allgemeine Hinweise:

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt.

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet.

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus.

Antragssteller

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

Angabe der Anschrift; Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

----------------------	----------------------

Fachrichtung

☐ Vertragsarzt ☐ Angestellter Arzt ☐ Ermächtigter Arzt ☐ Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____

Ansprechpartner für Rückfragen:

Name, Telefonnummer, E-Mail

Die Leistungen werden beantragt für den Standort der Betriebsstätte:

Zweigpraxis (bitte ankreuzen, wenn die Betriebsstätte eine Zweigpraxis ist)

- | | |
|----------|--------------------------|
| 1. _____ | ☐ |
| 2. _____ | ☐ |
| 3. _____ | ☐ |
| 4. _____ | ☐ |
- Angabe der Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort (Betriebsstätten-Nr.)

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Sofern Leistungen für den Standort einer Zweigpraxis beantragt werden, teilen Sie dem Arztregister der KV Hamburg (**arztregister@kvhh.de**) bitte Folgendes mit:

- ➔ Beginn der Tätigkeitsaufnahme in der Zweigpraxis
- ➔ voraussichtlicher Umfang der Tätigkeit in der Zweigpraxis (wöchentliche Stundenzahl)
- ➔ Handelt es sich um eine ausschließliche Tätigkeit in der Zweigpraxis?

Fachliche Qualifikation

- ☐ Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie
- ☐ Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin oder Nervenheilkunde oder Neurologie oder Psychiatrie und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- ☐ Facharzt/Fachärztin 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)
- ☐ Psychologische/-r Psychotherapeut/-in mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern- und Jugendlichen
- ☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-in
- ☐ Fachpsychotherapeut/-in für Kinder- und Jugendliche

Selbsterklärung und Einverständniserklärung

- ☐ Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass 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 Anforderung 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.
- ☐ Ich bestätige, die Anforderung, dass die nichtärztliche Koordinationsperson über eine fachspezifische Zusatzqualifikation verfügt sowie die Kenntnisse im Umgang mit psychischen psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen besitzt. Diese Anforderung ist erfüllt und kann gegenüber der KVH, falls erforderlich, nachgewiesen werden.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass die KVH meine Teilnahme namentlich in einem Verzeichnis mit den von mir gemeldeten Erreichbarkeitszeiten auf ihrer Homepage veröffentlicht und den zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den 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 informiere die KVH unverzüglich, wenn ich die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr erfülle bzw. die Anforderungen nicht mehr zu erfüllen bereit bin.
- ☐ Die Inhalte dieser Erklärung sowie 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, sind mir bekannt und ich erkenne diese ausdrücklich als für mich als rechtsverbindlich an. Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.

Erreichbarkeitszeiten

- ☐ Ich versichere, dass die **telefonische Erreichbarkeit** des Zentralen Teams an mindestens vier Tagen pro Woche von mindestens 50 Minuten sichergestellt wird. Änderungen meiner Erreichbarkeitszeiten bzw. die meines angestellten Arztes/PT melde ich umgehend der KVH.

Erreichbarkeitszeiten

- ☐ Ich versichere, dass die **telefonische Erreichbarkeit** des Zentralen Teams an mindestens vier Tagen pro Woche von mindestens 50 Minuten sichergestellt wird. Änderungen meiner Erreichbarkeitszeiten bzw. die meines angestellten Arztes/PT melde ich umgehend der KVH.

Wochentage (mind. 4 tage	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Zeitraumen von/bis					

Allgemeine Anforderungen

- Voraussetzung für die Teilnahme an der Versorgung ist die Erklärung gegenüber der KVH, dass die Anforderungen nach der KJ-KSVPsych-Richtlinie umgesetzt werden und dass der Veröffentlichung der Kontaktangaben sowie der Erreichbarkeiten zugestimmt wird.
- 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. Mindestens eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer des Zentralen Teams muss die Bezugsfunktion übernehmen.
- Die Voraussetzungen des EBM, im speziellen des Abschnitts 37.6 EBM, sind zusätzlich zu beachten.
- Die an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben dafür Sorge zu tragen, sich mit der Prävention von und der Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch (Risiko- und Gefährdungsanalyse) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen zu erarbeiten.

Rechtlicher Hintergrund

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

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigung, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren von bis zu 300,00 € erhoben.

- ☐ Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen
- ☐ Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung ein

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06
BIC: DAAEDEDXXX
Vermerk: Gebühr für Genehmigung

Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeit auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH

Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040 / 22 802 802.

Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie:

- ➔ dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist,
- ➔ dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag der Praxisaufnahme erbringen und abrechnen dürfen,
- ➔ dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss,
- ➔ dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

<u>Datum</u>	<u>Name in Druckbuchstaben</u>	<u>Unterschrift Antragsteller</u>
--------------	--------------------------------	-----------------------------------

<u>Datum</u>	<u>Name in Druckbuchstaben</u>	<u>Unterschrift Angestellter</u>
--------------	--------------------------------	----------------------------------

**Unterschriftenformular zum
Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung
von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG**

Hinweis: Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein

BAG	Datum ab

(Name des Anstellenden)

Name, Vorname des Angestellten	Anstellungsdatum

Hinweis: Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftenbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners