

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement  
Albstadtweg 11  
70567 Stuttgart

E-Mail: [qualitaetsicherung-genehmigung@kvbawue.de](mailto:qualitaetsicherung-genehmigung@kvbawue.de) oder [qs-genehmigung@kvbw.kim.telematik](mailto:qs-genehmigung@kvbw.kim.telematik)

# Teilnahmeerklärung

## an der psychiatrischen und psychotherapeutischen Komplexversorgung von Kindern und Jugendlichen

### Antragsteller: (Praxisinhaber, ärztlicher Leiter bei MVZ)

_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)
_____			_____
Name der Einrichtung			BSNR (Betriebsstätten-Nr.)



### Antragstellung für:

- mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen? → weiter auf Seite 2)
- folgenden Angestellten

_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)

### Zusätzliche Angaben: (nur auszufüllen, falls nicht bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen)

_____	_____
Fachgebiet	Schwerpunkt
Zugelassen, angestellt, in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab:	
_____	
Datum TTMMJJJJ	

_____	_____
E-Mail	Telefon

### Wohnanschrift:

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

### Anschrift Praxis/Krankenhaus:

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link:

[www.kvbawue.de/komplexversorgung-kinder-jugendliche](http://www.kvbawue.de/komplexversorgung-kinder-jugendliche)

Ich beantrage, Leistungen gemäß der derzeit gültigen Rechtsgrundlage erbringen und abrechnen zu dürfen.

- Komplexversorgung Kinder / Jugendliche {KSV4}

## Fachliche Befähigung

- FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Kinder und Jugendlichenpsychotherapeut oder Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
- FA für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie mit mindestens 2-jähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie),  
**(Nachweis bitte beifügen)**
- FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens 2-jähriger Erfahrung in der Behandlung von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen (insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie) **(Nachweis bitte beifügen)**
- Psychologischer Psychotherapeut mit der in der Psychotherapie-Vereinbarung festgelegten fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen
- Ärztlicher Psychotherapeut mit der in der Psychotherapie-Vereinbarung festgelegten fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen



## Erklärung

- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Anforderungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie umsetze.

Ich gewährleiste, dass die Versorgung nach der KJ-KSVPsych-RL im Zusammenwirken als Zentrales Team erfolgt, welches patientenindividuell gebildet wird. Bei Bedarf wird gemäß der Richtlinie ein Erweitertes Team gebildet.

Ich versichere, dass die telefonische Erreichbarkeit des patientenindividuellen zentralen Teams an mindestens vier Tagen pro Woche von mindestens 50 Minuten sichergestellt wird.

- Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg veröffentlicht auf ihrer Homepage ein Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten nach dieser Richtlinie und deren Erreichbarkeitszeiten. Mir ist bekannt, dass das Verzeichnis auch den zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals zur Verfügung gestellt wird. Ich stimme der Veröffentlichung meiner Teilnahmeberechtigung in dem Verzeichnis zu. Grundlage hierfür sind meine an das Arztregister gemeldeten Erreichbarkeitsdaten. Ich versichere, dass diese aktuell sind und werde Änderungen zeitnah über das Online-Formular im Mitgliederportal mitteilen. Link: [www.kvbawue.de/meldeformular](http://www.kvbawue.de/meldeformular)
- Mir ist bekannt, dass ein Patient, welcher nach der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung behandelt wird, nicht nach dieser Richtlinie behandelt werden darf.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

### Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweise) der KVBW vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller

---

Unterschrift angestellter Arzt

### Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der KVBW übermittelt werden.



---

Ort, Datum

---

Unterschrift

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code