

Der Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement  
Keßlerstraße 1  
76185 Karlsruhe

E-Mail: [qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de](mailto:qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de)

# Antrag

## auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

**Antragsteller: (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)**

_____	_____	_____	_____
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 oder ermächtigt? → 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, ermächtigt 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/sozialpsychiatrie](http://www.kvbawue.de/sozialpsychiatrie)

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

Ich beantrage die Teilnahme an der derzeit gültigen Sozialpsychiatrie-Vereinbarung als

Kinder- und Jugendpsychiater {SPY1}

oder

Kinderarzt \* {SPY1}

Nervenarzt \* {SPY1}

Psychiater \* {SPY1}

**Bitte entsprechende Zusatzqualifikationen (mind. 2-jährige Weiterbildung in Kinder- und Jugendpsychiatrie) beifügen.**

Ich erkläre, dass in meiner Praxis gemäß den Voraussetzungen der derzeit gültigen Vereinbarung im Rahmen der Kooperation mit komplementären Berufen nachstehende Mitarbeiter beschäftigt sind:

Heilpädagoge



\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      wöchentliche Arbeitszeit   
Titel      Vorname      Nachname

**und**

Sozialarbeiter

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      wöchentliche Arbeitszeit   
Titel      Vorname      Nachname

**und/oder**

sonstige Mitarbeiter mit vergleichbarer Qualifikation

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      wöchentliche Arbeitszeit   
Titel      Vorname      Nachname

Die o. g. Mitarbeiter verfügen über eine entsprechende kinder- und jugendpsychiatrische bzw. therapeutische Zusatzqualifikation. **Die Nachweise sind in Kopie beigelegt.**

Die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit soll zusammen mindestens der von 1,5 Vollzeitkräften entsprechen. Eine von Arzt und Mitarbeiter unterschriebene Erklärung ist beigelegt.

In meiner Praxis stehen mindestens 2 eigene abgeschlossene Arbeitsräume zur Verfügung.

Sind Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, Sprachtherapeuten (Logopäden), Ergotherapeuten oder Physiotherapeuten in der Praxis nicht beschäftigt, besteht im Bedarfsfall die Kooperation mit folgenden Komplementärberufen

psychologischer Psychotherapeut

---

Name, Anschrift

Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut

---

Name, Anschrift

Sprachtherapeut (Logopäde)

---

Name, Anschrift

Ergotherapeut

---

Name, Anschrift

Physiotherapeut



---

Name, Anschrift

Alle Änderungen im Zusammenhang mit den gemeldeten Mitarbeitern sind der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, Bezirksdirektion Karlsruhe, Keßlerstraße 1, 76185 Karlsruhe, mitzuteilen.

## Erklärung

Ich verpflichte mich, die in der jeweils gültigen Vereinbarung aufgeführten Anforderungen zu erfüllen und eine umfassende sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach den Regeln der ärztlichen Kunst für die von mir betreuten Patienten sicherzustellen.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit medizinischer, psychologischer, pädagogischer und sozialer Dienste ist gewährleistet.

Es wird sichergestellt, dass neben der kontinuierlichen Absprache im Praxisteam zusätzlich in regelmäßigen Abständen, mindestens jedoch einmal im Monat, patientenorientierte Fallbesprechungen unter Einbeziehung der komplementären Berufe stattfinden.

Darüber hinaus verpflichte ich mich zur umfassenden Dokumentation der behandelten Fälle sowie zur Teilnahme an der Evaluation.

## Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) die in der Rechtsgrundlage genannten Voraussetzungen überprüfen kann.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Rechtsgrundlage zu beachten. 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. Gerätenachweis) 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