

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich Zulassung Sicherstellung
Team Sicherstellungsverfahren
Sundgaullee 27
79114 Freiburg

Praxisname / BSNR (Stempel) / Emailadresse:

Team Sicherstellungsverfahren | **KJP zur Sicherstellung** | arztzursicherstellung@kvbawue.de

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (KJP) zur Sicherstellung

!!Hinweise zur Bearbeitung!!

Bitte beachten Sie, dass die Beschäftigung eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Sicherstellung nur möglich ist, wenn der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, dem der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut zur Sicherstellung zugeordnet wird, selbst auch vertragsärztlich in der Praxis tätig wird.

Um eine Bearbeitung seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) gewährleisten zu können und diese nicht zu verzögern, bitten wir Sie, den Antrag **vollständig auszufüllen** und **alle erforderlichen Unterlagen** dem Antrag **beizufügen**.

Bitte reichen Sie den unterschriebenen und eingescannten Antrag und die dazugehörigen Anlagen per Mail an arztzursicherstellung@kvbawue.de **ODER** per Post ein.

Sehen Sie bitte von doppelten Übermittlungen ab. Dies führt zu Verzögerungen bei der Bearbeitung.

Sollten sich Änderungen ergeben oder eine Verlängerung erforderlich sein, ist immer ein neuer Antrag mit aktualisierten Angaben an die KV Baden-Württemberg zu übermitteln.

Bitte beachten Sie, dass eine rückwirkende Genehmigungserteilung nicht möglich ist. Maßgeblich ist das Eingangsdatum des vollständigen Antrages bei der KVBW.

Bitte reichen Sie den Antrag **mindestens vier Wochen vor Beginn des Anstellungsverhältnisses** bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) ein. Bitte beachten Sie dies bei Ihrer weiteren Planung.

Im Falle einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ist der Antrag sowie die dazugehörige Anlage grundsätzlich von allen BAG-Partnern zu unterzeichnen.

Checkliste

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

Fachkundenachweis/Richtlinienverfahren des Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (in Kopie)

Approbationsurkunde des Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (in Kopie)

Sowie je nach Antragsgrund	Nachweise (in Kopie)
Krankheit	<input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung [siehe Anlage 1] (mit Aussagen zum Umfang der Leistungseinschränkung und voraussichtlichen Minstdauer der Einschränkung)
Schwangerschaft und Mutterschutz	<input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung (über die bestehende Schwangerschaft)
Erziehung eines Kindes	<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde des Kindes <input type="checkbox"/> Erklärung über genommene Elternzeiten [siehe Anlage 3]
Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung	<input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung bzw. Bescheinigung der Pflegekasse (Pflegestufe) [siehe Anlage 2]
Berufspolitische/Politische Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Erklärung mit detailliertem Nachweis über Art, Umfang sowie Legislaturperiode der Tätigkeit [siehe Anlage 4]
Tätigkeit als Lehrbeauftragter	<input type="checkbox"/> Detaillierter Nachweis über Art u. Umfang der Lehr- bzw. wissenschaftlichen Tätigkeit
Einarbeitung in den Praxisablauf potenzieller Kooperationspartner bzw. Praxisnachfolger	<input type="checkbox"/> Absichtserklärung [siehe Anlage 5]

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (KJP) zur Sicherstellung

aufgrund der derzeit geltenden Richtlinie der KV Baden-Württemberg

Hiermit beantrage ich die Genehmigung zur Beschäftigung eines Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten zur Sicherstellung.

Bitte nach Möglichkeit maschinell ausfüllen, unterschreiben und einsenden!

Antragsteller und Anschrift der Praxis oder des MVZ:

LANR des Antragstellers / des ärztlichen Leiters des MVZ

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

LANR (Arztnummer)

Titel

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Der beantragte Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut zur Sicherstellung soll folgendem Psychotherapeuten zugeordnet werden:

- dem Antragsteller persönlich
- folgendem beim Antragsteller tätigen Psychotherapeuten

LANR des Psychotherapeuten, dem der Psychotherapeut zur Sicherstellung zugeordnet wird

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

LANR (Arzt-Nr.)

Titel

Name

Vorname

Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut zur Sicherstellung:

Titel

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Geburtsdatum

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

TTMMJJJJ

Geburtsort

Beschäftigungszeitraum – bitte beide Daten einfügen!

für die Zeit von

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

TTMMJJJJ

bis

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

TTMMJJJJ

Rückwirkende Genehmigungen sind ausgeschlossen. Maßgeblich ist das Eingangsdatum des vollständigen Antrages bei der KVBW.

Beschäftigungsumfang – bitte angeben:

ganztags (38,5 Std./Woche)

Stunden/Woche _____

Es ist das Volumen der vertragsärztlichen Tätigkeit abzubilden. Privatärztliche Zeiten sind hier nicht anzugeben.

Approbation oder befristete Berufserlaubnis nach § 4 PsychThG seit

█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

Kopie beifügen

Fachkundennachweis/Richtlinienverfahren

Kopie beifügen

Die Richtlinienverfahren des Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten zur Sicherstellung müssen grundsätzlich mit jenen des Antragstellers oder des zugeordneten Psychotherapeuten übereinstimmen.

Grund der Antragstellung (bitte nur einen Antragsgrund auswählen)

nach § 3 Abs. 4 der Assistenten-Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

- Krankheit
- Schwangerschaft und Mutterschutz inkl. Erziehung eines Kindes
- Erziehung eines Kindes
- Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung
- berufspolitische und /oder politische Tätigkeit
- Tätigkeit als Lehrbeauftragter
- Einarbeitung in den Praxisablauf potenzieller Kooperationspartner
- Einarbeitung eines Praxisnachfolgers durch ausscheidenden bzw. ausgeschiedenen Praxisinhaber

Nach § 3 Abs. 5 der Assistenten-Richtlinie der KVBW darf die Beschäftigung eines Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten zur Sicherstellung nicht der Vergrößerung der Vertragspsychotherapeutenpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfanges dienen. Ein vorzeitiges Ausscheiden des Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten zur Sicherstellung ist der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg unverzüglich mitzuteilen. Der Vertragspsychotherapeut hat in allen Fällen der Beschäftigung von Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten zur Sicherstellung eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung zu gewährleisten.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Praxisinhabers/aller BAG-Partner/ärztlichen Leiters MVZ

Datenschutzhinweis für den Psychotherapeuten zur Sicherstellung:

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person erhebt, speichert und ausschließlich zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrages verarbeitet.

Ort, Datum

Unterschrift des Psychotherapeuten zur Sicherstellung

Nur beim Antragsgrund Krankheit auszufüllen

Anlage I

**zum Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten zur Sicherstellung**

Ärztliche Bescheinigung

Praxisinhaber/Ärztlicher Leiter des MVZ

_____	_____	_____
Titel	Name	Vorname

Falls abweichend zu oben: Erkrankter Psychotherapeut

_____	_____	_____
Titel	Name	Vorname

Nachfolgend vom behandelnden Arzt auszufüllen:

Hiermit bescheinige ich als der behandelnde Arzt, dass die genannte Person krankheitsbedingt in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt aber **weiterhin tätig** ist und zur Sicherstellung des Versorgungsauftrages die Unterstützung durch einen Psychotherapeuten zur Sicherstellung notwendig ist.

Die Einschränkung der Leistungsfähigkeit hat voraussichtlich mindestens Bestand für den Zeitraum:

vom

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

bis

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

Bitte beachten Sie: Ohne genaues Beginn- und Enddatum ist diese Bescheinigung ungültig.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen bitten wir Sie **keine Diagnosen** oder sonstige Krankheitsgeschichten auf der Bescheinigung anzugeben oder beizulegen.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des behandelnden Arztes

Nur beim Antragsgrund Pflege eines nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung auszufüllen

Anlage 2
zum Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten zur Sicherstellung

Ärztliche Bescheinigung

Praxisinhaber/Ärztlicher Leiter des MVZ

Titel Name Vorname

Falls abweichend zu oben: Pflegender Psychotherapeut

Titel Name Vorname

Zu pflegende Person

Titel Name Vorname Geburtsdatum

Straße, Nr. PLZ Ort

Nachfolgend vom behandelnden Arzt der zu pflegenden Person auszufüllen:

Hiermit bescheinige ich als der behandelnde Arzt der zu pflegenden Person, dass bei dieser Person eine Pflegebedürftigkeit besteht und zur Sicherstellung des Versorgungsauftrages des pflegenden Psychotherapeuten welcher **weiterhin tätig** ist, die Unterstützung durch einen Psychotherapeuten zur Sicherstellung indiziert ist.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen bitten wir Sie keine Diagnosen oder sonstige Krankheitsgeschichten auf der Bescheinigung anzugeben oder beizulegen.

Ort, Datum Stempel/Unterschrift des behandelnden Arztes

Nur beim Antragsgrund Erziehung eines Kindes auszufüllen

Anlage 3
zum Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten zur Sicherstellung

Erklärung Erziehung eines Kindes

Hiermit erklärt der Unterzeichner, dass der beantragte Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut zur Sicherstellung im Rahmen der Erziehung eines Kindes für den **weiterhin tätigen PT** eingesetzt wird.

Praxisinhaber/Ärztlicher Leiter des MVZ

_____	_____	_____
Titel	Name	Vorname

Falls abweichend zu oben: Psychotherapeut zur Erziehung eines Kindes

_____	_____	_____
Titel	Name	Vorname

Psychotherapeut zur Sicherstellung

_____	_____	_____
Titel	Name	Vorname

Angaben (aller bisher geborenen Kinder)

Geburtsdatum	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="10">TTMMJJJJ</td></tr></table>											TTMMJJJJ										Name	_____	Vorname	_____
TTMMJJJJ																									

Geburtsdatum	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="10">TTMMJJJJ</td></tr></table>											TTMMJJJJ										Name	_____	Vorname	_____
TTMMJJJJ																									

Geburtsdatum	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="10">TTMMJJJJ</td></tr></table>											TTMMJJJJ										Name	_____	Vorname	_____
TTMMJJJJ																									

Falls es noch weitere Kinder gibt, listen Sie diese bitte auf einem separaten Blatt auf.

Bitte denken Sie daran die Kopie der **Geburtsurkunden** beizulegen, falls Sie diese noch nicht eingereicht haben.

- Es wurde noch kein Psychotherapeut zur Sicherstellung auf Grund von Erziehung eines Kindes beschäftigt.
- Es wurde bereits ein Psychotherapeut zur Sicherstellung auf Grund von Erziehung eines Kindes beschäftigt.

Bitte die Datumsangaben ausfüllen:

vom	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="10">TTMMJJJJ</td></tr></table>											TTMMJJJJ										bis	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="10">TTMMJJJJ</td></tr></table>											TTMMJJJJ									
TTMMJJJJ																																											
TTMMJJJJ																																											

vom	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="10">TTMMJJJJ</td></tr></table>											TTMMJJJJ										bis	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="10">TTMMJJJJ</td></tr></table>											TTMMJJJJ									
TTMMJJJJ																																											
TTMMJJJJ																																											

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Praxisinhabers/aller BAG Partnerärztlichen Leiters MVZ

Nur beim Antragsgrund berufspolitische und/oder politische Tätigkeit auszufüllen

Anlage 4

zum Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten zur Sicherstellung aufgrund berufspolitischer und/oder politischer Tätigkeit

Erklärung (Berufs-)Politik

Hiermit erklärt der Unterzeichner in folgende berufs-/standespolitischen Ämter gewählt worden zu sein, wie lange diese Wahlperioden andauern und welchen wöchentlichen Zeitumfang diese Tätigkeiten in Anspruch nehmen:

Art der Tätigkeit	Zeitlicher Umfang/Woche	Wahlperiode von/bis

Praxisinhaber/Ärztlicher Leiter des MVZ

Titel

Name

Vorname

Falls abweichend zu oben: berufspolitisch tätiger Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Titel

Name

Vorname

Psychotherapeut zur Sicherstellung

Titel

Name

Vorname

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Praxisinhabers/aller BAG Partner/ärztlichen Leiters MVZ

Nur beim Antragsgrund Einarbeitung eines potenziellen Kooperationspartners auszufüllen

Anlage 5

zum Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten zur Sicherstellung zur Einarbeitung in den Praxisablauf

Absichtserklärung

1. Hiermit erklären die Unterzeichner, dass der beantragte Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut zur Sicherstellung der Einarbeitung in den Praxisablauf dienen soll,

- im Hinblick auf eine geplante Gründung oder Erweiterung einer Berufsausübungsgemeinschaft (mit oder ohne Leistungsbegrenzung),
- im Rahmen einer geplanten Praxisübergabe,
- im Hinblick auf eine geplante Anstellung (mit oder ohne Leistungsbegrenzung).

Zutreffendes bitte ankreuzen.

2. Uns ist bekannt, dass aus dem Umstand der Erteilung einer Genehmigung kein Rechtsanspruch auf eine spätere Zulassung des Psychotherapeuten zur Sicherstellung bzw. den Erhalt einer Genehmigung zur Beschäftigung des Psychotherapeuten oder zur Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft abgeleitet werden kann.

Praxisinhaber/Ärztlicher Leiter des MVZ

Titel

Name

Vorname

Psychotherapeut zur Sicherstellung

Titel

Name

Vorname

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Praxisinhabers/aller BAG Partner/ärztlichen Leiters MVZ

Ort, Datum

Unterschrift des Psychotherapeuten zur Sicherstellung