

## Antrag

### auf Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung von Leistungen des Vertrages zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Ju- gendlichen mit ADHS/ADS

(Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts-) Störung) gemäß § 73 c SGB V ab 01.04.2009  
zwischen der KBV, der KV Baden-Württemberg und der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft BW

Titel:	Vorname:	Name:
Straße/Nr. (Praxis):		PLZ/Ort (Praxis):
Telefon (Praxis):		E-Mail:
LANR:		BSNR:
Berufsausübungsgemeinschaft mit:		
Erbringung der beantragten Leistungen an mehreren Standorten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

### Ich beantrage die Teilnahme am o. g. Vertrag für Versicherte der beteiligten Betriebskrankenkassen als

Gebietsbezeichnung/Fachkunde:
Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung:
<input type="checkbox"/> Vertragsarzt ab/seit:
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt ab/seit:

und erfülle die in § 7 des Vertrages genannten Voraussetzungen

- **vollständig.**   
(Die entsprechenden Nachweise liegen dem Antrag bei.)
- **noch nicht vollständig.**   
Die entsprechenden Nachweise reiche ich innerhalb von 24 Monaten nach Eintritt nach.  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Mir sind die Ziele und Inhalte des Vertrages zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS unter besonderer Berücksichtigung der Abschnitte 4 und 5 bekannt.
2. Ich erkläre, dass ich die KVBW unverzüglich darüber informieren werde, wenn ich die Qualitätsanforderungen nicht mehr erfülle.
3. Ich werde darüber hinaus
  - die Teilnahmeerklärungen von Patientinnen / Patienten innerhalb einer Woche nach Unterschriftsleistung durch die Patientin / den Patienten an die KVBW zur Information der jeweiligen Krankenkasse weiterleiten;
4. Gleichfalls bin ich mit der Weitergabe meines Namens und meiner Praxisanschrift an die beteiligten Krankenkassen einverstanden sowie mit der Weitergabe des Arztverzeichnisses an die teilnehmenden Patienten. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der im Vertrag genannten Listen im Internet.
  - an vier Stunden kontinuierlicher themenbezogener Fortbildung im Jahr, mindestens zweimal pro Jahr an einem themenbezogenen Qualitätszirkel nach § 9 des Vertrages und an ADHS-Teambesprechungen mindestens einmal im Quartal teilnehmen. Eine entsprechende Teilnahmebescheinigung wird von mir vorgelegt;
  - die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes bei der Datenverarbeitung personenbezogener Daten beachten.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des vorgenannten Vertrages

Ort/Datum	Unterschrift	Vertragsarztstempel

**Bitte zurücksenden an:**

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
 Frau Andlauer  
 Sundgauallee 27  
 79114 Freiburg  
 Geschäftsbereich  
 Qualitätssicherung und Ordnungsmanagement

Telefax: 0761/884-483852

## Auszug aus § 7 Teilnahmeberechtigte Ärzte und Psychotherapeuten

- (2) Folgende Ärzte und Psychotherapeuten sind zur Teilnahme an dem Vertrag berechtigt:
- **Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten**, die in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung durchschnittlich mindestens 10 ADHS/ADS-Patienten selbst pro Quartal betreut haben.
  - **Kinder- und Jugendärzte**, die
    - in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung durchschnittlich mindestens 10 ADHS/ADS-Patienten selbst pro Quartal betreut haben **und**
    - in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung mindestens 20 Stunden themenbezogene Fortbildung/Weiterbildung nachweisen **oder**
    - den Schwerpunkt Neuropädiatrie oder die Zusatzbezeichnung Psychotherapie aufweisen.
  - **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**, die
    - in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung durchschnittlich mindestens 10 ADHS/ADS-Patienten selbst pro Quartal betreut haben **und**
    - in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung mindestens 20 Stunden themenbezogene Fortbildung/Ausbildung nachweisen **oder**
    - eine mindestens zweijährige Tätigkeit in medizinischen Facheinrichtungen für Kinder- und Jugendliche mit psychischen Störungen nachweisen, in denen ADHS ein Schwerpunkt ist **oder**
    - mindestens zwei Jahre in der Praxis eines Kinder- und Jugendpsychiaters und –psychotherapeuten tätig waren **oder**
    - mindestens fünf Jahre an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen teilgenommen haben.
  - **Psychologische Psychotherapeuten und ärztliche Psychotherapeuten mit einer Zusatzqualifikation zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach § 6 Abs.4 bzw. § 5 Abs.4 der Psychotherapie-Vereinbarungen**, die
    - die oben genannten zusätzlichen Voraussetzungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfüllen **und**
    - in den letzten 2 Jahren vor Teilnahme an der Vereinbarung mindestens ein Drittel der Tätigkeit der Behandlung von Kindern und Jugendlichen gewidmet haben.
- (3) Ärzte und Psychotherapeuten, die die Voraussetzungen nach Absatz 2 nicht vollständig erfüllen, erhalten eine Genehmigung zur Teilnahme an dem Vertrag unter der Auflage, diese Voraussetzungen innerhalb von 24 Monaten nach Eintritt vollständig zu erfüllen und nachzuweisen

### Ergänzende Anlage zum Antrag

auf Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung von Leistungen des Vertrages zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS

von Herrn/Frau \_\_\_\_\_ (Name des Antragsstellers)

Zur wohnortnahen Sicherstellung und zur umfassenden Planung der Therapie besteht ein regionales AD(H)S-Team gemäß § 5 Abs. 1 dieser Vereinbarung.

Das Team umfasst folgende Teilnehmer<sup>1</sup>:

Name, Vorname	LANR	BSNR	Unterschrift

- Im Team sind mindestens ein Kinder- und Jugendarzt, ein Kinder- und Jugendpsychiater und ein Psychotherapeut, welche die Teilnahmevoraussetzungen des Vertrages erfüllen und daran teilnehmen, vertreten.
- Im Team fehlt (Zutreffendes bitte ankreuzen)
  - ein Kinderarzt
  - ein Kinder- und Jugendpsychiater
  - ein Psychotherapeut

Daher erfolgt eine konsiliarische Kooperation mit:

Name, Vorname	LANR	BSNR	Unterschrift

- Eine Kooperation ist nicht möglich; deshalb bittet der Antragsteller um Hilfestellung durch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg bei der Suche nach dem/den noch fehlenden Teammitglied(ern).
- Eine Kooperation ist nicht möglich; deshalb beantragt das Team eine Ausnahmegenehmigung beim Vertragsausschuss gemäß § 5 Absatz 1 dieser Vereinbarung (bitte Begründung auf gesondertem Blatt beifügen).

<sup>1</sup> Bei Bedarf bitte auf gesondertem Blatt fortführen

### Ergänzende Anlage zum Antrag

auf Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung von Leistungen des Vertrages zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS

von Herrn/Frau \_\_\_\_\_ (Name des Antragsstellers)

Als Dokumentar gemäß § 5 Absatz 2 dieser Vereinbarung wurde benannt:

Name, Vorname	LANR	BSNR	Unterschrift

Das Team arbeitet mit weiteren Leistungserbringern (z.B. Ergotherapeuten, Logopäden, Physiotherapeuten) zusammen:

Name, Vorname	Berufsbezeichnung	Anschrift