Alles Gute.

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

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

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de

Antrag

auf Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung von Leistungen des Vertrages zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS gemäß § 73 c SGB V

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/adhs

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

☐ GOP 93020A, 93020B, 93020C, 93021A, 93021B, 93021C, 93021D, 93021E, 93021F {ADS1}

Fachliche Befähigung

☐ Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten, die

- in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung durchschnittlich mindestens 10 ADHS/ADS-Patienten selbst pro Quartal betreut haben.

☐ Kinder- und Jugendärzte, die

- in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung durchschnittlich mindestens 10 ADHS/ADS-Patienten selbst pro Quartal betreut haben **und**
- in den letzten zwei 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 zwei Jahren vor Antragstellung durchschnittlich mindestens 10 ADHS/ADS-Patienten selbst pro Quartal betreut haben **und**
- in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung mindestens 20 Stunden themenbezogene Fortbildung/Weiterbildung 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 zwei Jahren vor Teilnahme an der Vereinbarung mindestens ein Drittel der Tätigkeit der Behandlung von Kindern und Jugendlichen gewidmet haben.

☐ **Nachweise liegen vollständig vor**

☐ **Nachweise werden innerhalb von 24 Monaten nach Eintritt nachgereicht**

Erklärung

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.

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.
- 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.

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