

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

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

# Antrag

# **auf Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung von Leistungen des Vertrages zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS gemäß § 140a SGB V**

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

|   |       |         |          |                            |  |  |
|---|-------|---------|----------|----------------------------|--|--|
|  | Titel | Vorname | Nachname |                            |  |  |
|   |       |         |          | LANR (Arzt-Nr.)            |  |  |
|   |       |         |          |                            |  |  |
|   |       |         |          |                            |  |  |
|   |       |         |          | BSNR (Betriebsstätten-Nr.) |  |  |
|   |       |         |          |                            |  |  |
|   |       |         |          |                            |  |  |

## Antragstellung für:

- mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztreger 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 Landesarztreger der KVBW eingetragen)

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

---

E-Mail

---

**Telefon**

Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab:

Datum TTMM||||

---

## 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.kbawue.de/adhs](http://www.kbawue.de/adhs)

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

- Qualitätsgesicherte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS {ADS1}

### Fachliche Befähigung

- Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten, die in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung durchschnittlich mindestens zehn ADHS/ADS-Patienten selbst pro Quartal betreut haben.
- Kinder- und Jugendärzte, die
- in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung durchschnittlich mindestens zehn 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 bzw. Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, die
- in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung durchschnittlich mindestens zehn 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 und neuropsychologische Psychotherapeuten, welche 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 dem Antrag vollständig bei**
- Nachweise werden innerhalb von 24 Monaten nach Eintritt nachgereicht**

## **Einverständniserklärung zur Datenübermittlung**

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Teilnahmedaten in der Arztsuche der KVBW unter [www.arztsuche-bw.de](http://www.arztsuche-bw.de) einverstanden.

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

### **Erklärung**

Mir sind die Ziele und Inhalte des Vertrages zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS unter besonderer Berücksichtigung der §§ 7 bis 11 ADHS-Vertrag bekannt.

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