

Vertrag

zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS
(Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts-) Störung)

gemäß § 73c SGB V

zwischen

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

und

der BKK-VAG Baden-Württemberg
Stuttgarter Straße 105, 70806 Kornwestheim

Inhaltsgleiche Verträge wurden abgeschlossen mit GWQ Service Plus AG, DAK
Gesundheit und weiteren Krankenkassen.

Teilnehmende Krankenkassen sind der Kassenliste zu entnehmen.

Versorgungskonzept „ADHS“

Inhaltsverzeichnis

Präambel

Abschnitt 1 – Versorgungsziel

§ 1 Ziel des Vertrages

Abschnitt 2 – Besondere ambulante ärztliche Versorgung

§ 2 Kernaufgaben

§ 3 Aufgaben der Ärzte und Psychotherapeuten

Abschnitt 3 – Patienten

§ 4 Teilhabeberechtigte Patienten

§ 5 Kooperationsregeln

§ 6 Patienteninformation

Abschnitt 4 – Teilnahme von Ärzten und Psychotherapeuten

§ 7 Teilhabeberechtigte Ärzte und Psychotherapeuten

§ 8 Teilnahmeverfahren

Abschnitt 5 – Qualitätssicherung und -management

§ 9 Qualitätssichernde Maßnahmen

§ 10 Evaluation

§ 11 Wirtschaftlichkeitsstandards

Abschnitt 6 – Programmsteuerung

§ 12 Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung

§ 13 Öffentlichkeitsarbeit und Information

§ 14 Vertragsausschuss

§ 15 Datenschutz, Datentransparenz und -austausch

§ 16 Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

Abschnitt 7 – Vergütung und Abrechnung

§ 17 Vergütung

§ 18 Abrechnung

Abschnitt 8 – Abschließende Bestimmungen

§ 19 Teilnehmende Krankenkassen

§ 20 Anpassungsklausel

§ 21 Laufzeit und Kündigung

Anlagen

Anlage 1 Kriterien Verdachtsdiagnose

Anlage 2 Sicherung der Diagnose ADHS, Differenzialdiagnostik und Erfassung von Komorbiditäten

Anlage 3 Indikationsstellung und Durchführung von Behandlungsmodulen

Anlage 4 ADHS-Qualitätszirkel

Anlage 5 Dokumentation und Datenaustausch

Anlage 6 Evaluation

Anlage 7 Individuelle Patienteninformation

Anlage 8 Patiententeilnahmeerklärung

Anlage 9 Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten

Anlage 10 Vergütung

Anlage 10a Psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Behandlung bei Komorbidität

Anlage 11 Anzeige besonderer Behandlungsbedarf

Anlage 12 Verzeichnis der teilnehmenden Krankenkassen

Anlage 13 Technische Anlage

Versorgungskonzept „ADHS“

Präambel

Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts-)Störung (im folgenden ADHS abgekürzt) ist eine der häufigsten Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Abhängig von Erhebungsmethode und Diagnosekriterien gelten in Deutschland ca. 2 bis 6 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 6 bis 18 Jahren als betroffen. Die Fallzahlen sowie die Behandlungskosten steigen kontinuierlich.

ADHS ist die weitaus häufigste Ursache für Lern- und Leistungsstörungen und Störungen im Sozialverhalten. Das soziale Umfeld in Familie, Kindergarten, Schule und Arbeitsstätte ist entsprechend mitbetroffen. Un- oder fehlbehandelt erreichen viele dieser Kinder und Jugendlichen keine begabungsentsprechenden Schul- und Berufsausbildungsabschlüsse, können keine beständigen sozialen Bindungen aufbauen und erhalten. Betroffene weisen entsprechend oft Komorbiditäten auf. Darüber hinaus ist ADHS mit einem stark erhöhten Risiko für Unfälle verbunden.

Die regional unterschiedlichen Versorgungsangebote werden von den betroffenen Familien oft unkoordiniert in Anspruch genommen. Die Behandlung erfolgt nicht durchgängig auf der Basis geltender Standards.

Aus diesem Grund wird in diesem auf Grundlage des § 73 c SGB V geschlossenen Vertrag ein besonderes Gewicht auf einen qualitätsgesicherten Ablauf der diagnostischen und differenzialdiagnostischen Untersuchung gelegt. Insgesamt fördert der Vertrag eine koordinierte Behandlung und stellt im ambulanten Bereich mit dem Ziel der Flächendeckung eine qualitätsgesicherte Diagnose und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS-Symptomen sicher.

Der Vertrag knüpft an die Eckpunkte der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Oktober 2002 durchgeführten interdisziplinären Konsensuskonferenz zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS an und füllt diese mit Inhalt.

Abschnitt 1

Versorgungsziel

§ 1 Ziel des Vertrages

Das Ziel des Vertrages ist es, ADHS-betroffenen Kindern und Jugendlichen möglichst flächendeckend Versorgungsstrukturen anzubieten, die eine qualitativ hochwertige, leitlinienbasierte Diagnostik und Therapie in der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung sicherstellen. Unter Berücksichtigung der Bedingungen vor Ort wird die interdisziplinäre und fachübergreifende Zusammenarbeit der beteiligten Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten gestärkt, so dass der Sachverstand vor Ort gebündelt wird, um den Patienten koordiniert und zielgerichtet zu behandeln. Durch diagnostische und differenzialdiagnostische Maßnahmen wird sichergestellt, dass nur Patienten mit einer gesicherten Diagnose einer multimodalen Therapie zugeführt werden.

Versorgungskonzept „ADHS“

Daraus ergeben sich folgende Ziele im Einzelnen:

- Qualitätsgesicherte und sachgerechte Behandlung
- Koordinierte Zusammenarbeit aller an der Behandlung Beteiligten
- Verbesserte Kommunikation und Kooperation der verschiedenen Spezialisten
- Klarheit und Sicherheit der betroffenen Familien über Behandlungsweg und Ansprechpartner
- Reduzierung der Wartezeiten auf geeignete Therapieplätze durch besseren Einsatz der Ressourcen
- Verbesserte Eingliederung der Patienten in das soziale Umfeld
- Minderung der Kernsymptome
- Besserung der komorbiden Störungen
- Vermeidung und Reduzierung von stationären Behandlungen
- Vermeidung von Doppeluntersuchungen
- Reduzierung von Fehltagen in Schule und Beruf (auch bei den Sorgeberechtigten)
- Kontrollierter Medikamenteneinsatz
- Effizienterer Einsatz der Ressourcen

Abschnitt 2

Besondere ambulante ärztliche Versorgung

§ 2 Kernaufgaben

Die besondere ambulante ärztliche Versorgung übernehmen die an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten, gemäß § 7 Abs. 2 und 3.

Die besondere ambulante ärztliche Versorgung umfasst die folgenden Kernaufgaben, die sich aus den in § 1 genannten Zielen ableiten:

- Anwendung der derzeit gültigen evidenzbasierten Leitlinien der Fachverbände:
 1. „Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte vom Januar 2007“ und
 2. „Leitlinie Hyperkinetische Störungen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vom Juli 2007“
beziehungsweise in den jeweils gültigen künftigen Fassungen.
- Verpflichtende Zusammenarbeit der an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte und Psychotherapeuten
- Förderung und Einrichtung von Strukturen, die eine koordinierte und abgestimmte Behandlung durch die Beschreibung von Schnittstellen, durch ADHS-Teambesprechungen und durch Qualitätszirkel ermöglichen

Versorgungskonzept „ADHS“

- qualitätsgesicherter Ablauf der diagnostischen und differenzialdiagnostischen Untersuchung und Diagnosesicherung
- Anwenden des multimodalen Behandlungskonzeptes
- Orientierung am individuellen Fall
- Medikamenteneinsatz nur nach gesicherter Indikation
- Fortwährende Überprüfung und Überwachung des Medikamenteneinsatzes
- Verstärkte Förderung von ADHS-spezifischem Elterntaining
- Hilfsangebote auch für die Angehörigen der Patienten, um den Familienzusammenhalt zu stärken und gegebenenfalls um Arbeitsausfälle der Sorgeberechtigten zu vermeiden
- Fortbildungs- und Qualifizierungsangebote für Ärzte und Psychotherapeuten
- Begleitende Evaluation

§ 3 Aufgaben der Ärzte und Psychotherapeuten

(1) Einschreibung

Die teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten wählen in Frage kommende Patienten aus und beraten diese über die Modalitäten der Teilnahme an dem Vertrag. Das Programm richtet sich an Patienten, die schon vorab mit ADHS diagnostiziert wurden, oder Patienten, bei denen der Verdacht auf ADHS besteht. Entscheidet sich der Patient, an dem Vertrag teilzunehmen, veranlasst der Arzt oder Psychotherapeut die Einschreibung, gemäß der Teilnahmeerklärung (Anlage 8) und leitet diese an die Kassenärztliche Vereinigung weiter. Eine Kopie der Teilnahmeerklärung ist für die Patientenakte vorgesehen.

(2) Diagnostik

Der Arzt oder Psychotherapeut stellt bei einem teilnehmenden Patienten die Verdachtsdiagnose nach den Kriterien in Anlage 1.

Bei positiver Verdachtsdiagnose wird die Diagnose durch sorgfältige diagnostische und differenzialdiagnostische Untersuchungen, die in Anlage 2 aufgeführt sind (und die die 5 Bereiche der multimodalen Sozialpädiatrischen Diagnostik und die sechs Achsen des multiaxialen Klassifikationssystems der Kinder- und Jugendpsychiatrie einschließen und nach dem multiaxialen System dokumentiert werden), gesichert. Hierbei sollen andere Ursachen ausgeschlossen und Komorbiditäten erfasst werden. Die differenzialdiagnostische Abklärung zu anderen Erkrankungen mit ähnlichen (Teil-) Symptomen und die Erfassung von Begleiterkrankungen bildet einen notwendigen Baustein zur Diagnosesicherung. Für den Fall, dass ein Arzt oder Psychotherapeut nicht alle für die Diagnosesicherung und Differenzialdiagnostik nach Anlage 2 erforderlichen Maßnahmen vollständig durchführen kann, wendet er sich an sein gemäß § 5 gebildetes ADHS-Team um den Fall vorzustellen und abzuklären, wer welche Untersuchungen für die Festlegung der gesicherten Enddiagnose übernimmt. Der Arzt oder Psychotherapeut, über den der Patient in das System eingetreten ist (Einschreibung des Patienten), gilt als Koordinator des Falles. Ein Wechsel ist möglich. Der Ablauf und die Dokumentation der Diagnosesicherung erfolgen gemäß Anlagen 2 und 5 und werden bei einer Fallsammelstelle des ADHS-

Versorgungskonzept „ADHS“

Teams abgelegt.

(3) Therapie

Wenn die Enddiagnose gesichert ist, wird die Therapie leitliniengemäß durchgeführt (siehe Anlage 3). Der Koordinator ist verantwortlich für folgende Bereiche:

- Festlegung des Behandlungsplanes und der fallbezogenen Therapieziele
- Klärung, wer welche Module der multimodalen Therapie übernimmt
- Sicherstellung einer leitliniengemäßen Therapie
- Aufklärung des Patienten und der Familie über den Behandlungsplan und Pflege der individuellen Patienteninformation (§ 6 Abs. 2).
- Ansprechpartner für die Familie
- Sicherstellung der mindestens halbjährlichen Überprüfung des Behandlungsverlaufes und der Therapie
- Einrichtung von ADHS-Teambesprechungen nach § 5 Abs. 2 mindestens einmal im Quartal, zwischenzeitlich bei Bedarf
- Sicherstellung der Dokumentation der Verdachtsdiagnostik, der Enddiagnostik und der einzelnen Therapieschritte
- Vermittlung von Elterntrainingsseminaren.
- Budgetplanung

Nach 3 spätestens 6 Monaten bewertet der Koordinator den bisherigen Therapieverlauf, überprüft die Diagnose und korrigiert gegebenenfalls den Behandlungsplan. Insbesondere wird entschieden, ob eine medikamentöse Therapie angezeigt ist. Das Ergebnis der Überprüfung wird dem ADHS-Team gemeldet. Behandlungsfälle, die die Behandlungsziele nicht erreicht haben, müssen im ADHS-Team besprochen werden.

(4) Medikamentöse Therapie

Bei der Therapie ist zuerst ein Behandlungsversuch ohne die Verschreibung von Medikamenten vorgesehen. Ausnahmen bei krisenhaften Situationen sind möglich. Sollte die psychosoziale Betreuung ohne Medikamente nicht erfolgreich sein, ist nach 3-6 Monaten die Notwendigkeit einer (zusätzlichen) medikamentösen Therapie zu prüfen. Vor einer medikamentösen Therapie und begleitend dazu sind psychoedukative, sozialpsychiatrische, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen am individuellen Fall orientiert anzuwenden. Der im ADHS-Team teilnehmende Arzt hat die Verantwortung für den Medikamenteneinsatz sowie dessen Monitoring.

(5) Weiterer Therapieverlauf und Therapieende

Im weiteren Therapieverlauf wird dem ADHS-Team mindestens alle 6 Monate der Erfolg der angewandten Therapiemodule gemeldet. Behandlungsfälle, bei denen die Therapieziele nicht erreicht werden, werden im ADHS-Team und im Qualitätszirkel (siehe Anlage 4) besprochen. Die Behandlungsziele und der weitere Einsatz der Therapie werden überprüft und gegebenenfalls angepasst. Kommt der Koordinator ggf. in Absprache mit dem ADHS-Team zu dem Ergebnis, dass die Behandlungsziele stabil erreicht sind, endet die Behandlung im Rahmen dieses Vertrages. Darüber soll der Vertragsausschuss unter Beachtung des Datenschutzes informiert werden (Anlage 6).

Abschnitt 3 Patienten

§ 4 Teilnahmeberechtigte Patienten

(1) Es können Patienten im Alter von 4 bis 17 Jahren (4. Geburtstag bis 1 Tag vor dem 18. Geburtstag) an dem Vertrag teilnehmen, die bei einer am Vertrag teilnehmenden Krankenkasse versichert sind und bei denen die Diagnose/Verdachtsdiagnose gestellt wurde. Nach Diagnosesicherung ist die jeweils zu treffende ICD-10-Diagnose F90.0, F90.1, F90.8 oder F90.9 zu dokumentieren. Für die Dauer der Vertragsteilnahme des Patienten ist die jeweilige Diagnose als gesicherte Diagnose zu dokumentieren.

In besonderen Fällen, deren Gründe zu dokumentieren sind, kann von den oben genannten Altersgrenzen abgewichen werden. In den Ausnahmefällen kann eine Teilnahme von Patienten bis zum 21. Lebensjahr erfolgen.

(2) Die Einschreibung erfolgt gemäß § 3 Abs. 1 dieses Vertrages über den teilnehmenden Arzt oder Psychotherapeuten. Mit der Teilnahmeerklärung wählt der Versicherte seinen koordinierenden Arzt/Psychotherapeuten.

(3) Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung (Anlage 8), frühestens mit Vertragsbeginn. Die Teilnahme kann jederzeit schriftlich bei der Krankenkasse widerrufen werden.

(4) Die Teilnahme des Versicherten an diesem Vertrag endet

- wenn die Behandlung als abgeschlossen erklärt wird **oder**
- wenn die Diagnose negativ ausfällt **oder**
- spätestens nach drei Jahren ab Teilnahmebeginn.

(5) Die Krankenkasse informiert den koordinierenden Arzt/Psychotherapeuten und die KVBW über das Ausscheiden des Versicherten aus diesem Vertrag.

§ 5 Kooperationsregeln

(1) Jeder an dem Vertrag teilnehmende Arzt oder Psychotherapeut ist Teil eines regionalen ADHS-Teams, welches in Abhängigkeit des Vorhandenseins und der Verfügbarkeit der Berufsgruppen unter den Bedingungen vor Ort zu bilden ist. Dem Team muss mindestens ein Kinder- und Jugendarzt, ein Kinder- und Jugendpsychiater und ein Psychotherapeut gem. §7 Abs. 2 angehören. Das Team sollte aus 3-10 Mitgliedern bestehen. Fehlende Berufsgruppen sind jeweils durch eine konsiliarische Tätigkeit aus anderen Regionen zu ersetzen. Der Vertragsausschuss nach § 14 Abs. 1 entscheidet über Ausnahmen. Das ADHS-Team arbeitet mit weiteren Leistungserbringern zusammen, wie z.B. Ergotherapeuten, Logopäden und Physiotherapeuten.

(2) Jeder Fall, bei dem ein teilnehmender Arzt oder Psychotherapeut die Verdachtsdiagnose gestellt hat, wird dem ADHS-Team anonymisiert gemeldet, um Transparenz zu schaffen, welches Teammitglied wie viele Fälle betreut. Das

Versorgungskonzept „ADHS“

ADHS-Team bestimmt einen Dokumentar, der die Informationen gemäß Anlage 5 zusammenstellt. Der Dokumentar wird dem Vertragsausschuss benannt. Der Arzt und Psychotherapeut versichert, dass für die teilnehmenden Patienten eine ordnungsgemäße Dokumentation erfolgt ist. Die Mitglieder eines ADHS-Teams beraten in einer ADHS-Teambesprechung mindestens einmal im Quartal die Fälle, bei denen die Behandlungsziele nicht erreicht wurden. Die Organisation dieser Fallkonferenzen ist ebenfalls Aufgabe des Dokumentars.

(3) Die Ärzte und Psychotherapeuten beteiligen sich mindestens einmal im Halbjahr an Qualitätszirkeln gemäß Anlage 4. Es ist möglich, dass ADHS-Team- und –qualitätszirkelsitzungen organisatorisch zusammen durchgeführt werden können.

§ 6 Patienteninformation

(1) Der Patient und seine Sorgeberechtigten werden von dem behandelnden Arzt oder Psychotherapeuten umfassend über die Inhalte und Ziele der Behandlung im Rahmen dieses Vertrages aufgeklärt. Der Koordinator des Falles gemäß § 3 Abs. 2 dieses Vertrages gilt für die Familie als Ansprechpartner. Wechselt der an dem Versorgungsvertrag teilnehmende Versicherte den koordinierenden Arzt/Psychotherapeuten, so ist eine erneute Teilnahmeerklärung zu erstellen.

(2) Der Patient oder seine Sorgeberechtigten erhalten gemäß Anlage 7 eine Patienteninformation, in der individuell für den Patienten aufbereitet Ergebnisse der Diagnostik, wichtigste Behandlungsziele, vereinbarte Behandlungsmaßnahmen und Behandlungsergebnisse vermerkt sind.

(3) Der Arzt oder Psychotherapeut informiert die Sorgeberechtigten über vorhandene spezifische ADHS-Elterntrainingsseminare. Diese sollten nach Bedarf in die Therapie integriert werden. Den Sorgeberechtigten des Patienten sollen entsprechende Kurse angeboten werden. Die Unterzeichner des Vertrages fördern eine Ausweitung des Angebotes an ADHS-spezifischem Elterntaining.

Abschnitt 4

Teilnahme von Ärzten und Psychotherapeuten

§ 7 Teilnahmeberechtigte Ärzte und Psychotherapeuten

(1) Teilnahmeberechtigt sind in Baden-Württemberg zugelassene Ärzte/Psychotherapeuten und MVZ, die die nachstehenden Voraussetzungen – persönlich oder durch angestellte Ärzte/Psychotherapeuten – erfüllen.

(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**

Versorgungskonzept „ADHS“

- 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.

(4) Die fachliche Befähigung muss während der Teilnahme am Vertrag durch regelmäßige Teilnahme an Fortbildungen aufrechterhalten werden. Dies gilt auch für Ärzte und Psychotherapeuten die nach § 7 Abs. 3 teilnehmen. Der teilnehmende Arzt und Psychotherapeut muss folgende Nachweise erbringen:

- vier Stunden kontinuierliche themenbezogene Fortbildung im Jahr und
- zwei mal jährliche Teilnahme an einem themenbezogenen Qualitätszirkel nach § 9 und
- Teilnahme an ADHS-Teambesprechungen mindestens einmal im Quartal.

§ 8 Teilnahmeverfahren

(1) Ärzte und Psychotherapeuten, die gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) die Anforderungen gemäß § 7 Abs. 2 nachweisen, können am Vertrag teilnehmen. Sie füllen die Teilnahmeerklärung in Anlage 9 aus.

(2) Mit Erteilung der Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag durch

Versorgungskonzept „ADHS“

die KVBW, § 12 Abs. 8, ist der Arzt bzw. Psychotherapeut berechtigt und verpflichtet, Leistungen nach diesem Vertrag zu erbringen und abzurechnen. Die Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag kann gegebenenfalls mit Auflagen und Nebenbestimmungen versehen werden.

(3) Die Teilnahme kann seitens des Arztes bzw. Psychotherapeuten schriftlich unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum Quartalsende gegenüber der KVBW beendet werden.

(4) Die Teilnahme an diesem Vertrag endet:

- mit dem Ende dieses Vertrages,
- mit Beendigung durch den Arzt bzw. Psychotherapeuten
- mit dem im Bescheid bestimmten Zeitpunkt über das Ruhen oder Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen oder vertragspsychotherapeutischen Versorgung
- mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen des Arztes bzw. Psychotherapeuten
- mit dem Widerruf oder der Rücknahme der Genehmigung wegen eines schwerwiegenden oder wiederholten nachweislichen Verstoßes gegen die Verpflichtungen dieses Vertrages.

Abschnitt 5

Qualitätssicherung und -management

§ 9 Qualitätssichernde Maßnahmen

Zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und der Ziele des Vertrages vereinbaren die Vertragspartner folgende Maßnahmen:

1. Unterstützung der interdisziplinären Zusammenarbeit durch
 - Information über regionale ADHS-Teams gemäß § 5 Abs. 1 dieses Vertrages
 - Verpflichtende Teilnahme der Ärzte und Psychotherapeuten an mindestens zwei der viermal im Jahr stattfindenden Qualitätszirkel (Anlage 4)
 - Förderung und strukturelle Hilfe der regelmäßig stattfindenden ADHS-Teambesprechungen
2. Diagnosesicherung durch leitlinienbasierte Diagnostik und Differenzialdiagnostik

Versorgungskonzept „ADHS“

3. Dokumentation gemäß Anlage 5 mindestens alle sechs Monate an das ADHS-Team, Überprüfen aller Fälle im Team, bei denen die Behandlungsziele nicht erreicht werden
4. Aufbau eines größeren Angebotes an Elterntermin
5. effiziente Programmsteuerung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen
6. Einrichtung eines Vertragsausschusses gemäß § 14
7. Gewährleistung einer aktuellen Information der Ärzte und Psychotherapeuten zu wesentlichen Inhalten und Änderungen dieses Vertrages
8. Erstellung und Veröffentlichung eines jährlichen Qualitätsberichts durch den Vertragsausschuss.

§ 10 Evaluation

Die Vertragspartner vereinbaren eine Evaluation auf Grundlage des Qualitätsberichtes nach § 9 Abs. 8 dieses Vertrages. Das Nähere wird in Anlage 6 geregelt.

Die KVBW liefert nach Endabrechnung des jeweiligen Quartals folgende Daten an die BKK VAG Baden-Württemberg:

- Fallzahl und Betrag je Kasse und Quartal
- Einzelfallnachweis aus dem AD(H)S-Vertrag für jeden aktiv teilnehmenden Versicherten, historisiert seit Einschreibung (Gesamtübersicht je Versicherten)

Versorgungskonzept „ADHS“

§ 11 Wirtschaftlichkeitsstandards

Sollten durch die Umsetzung dieses Vertrages zusätzliche ärztliche Leistungen und zusätzliche Verordnungen von Arznei- und Heilmitteln durch die Ärzte erforderlich werden und dies zu einem Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren nach § 106 SGB V führen, setzen sich die Vertragspartner im Rahmen ihrer Möglichkeiten dafür ein, dass jeder Versicherte der teilnehmenden Krankenkasse, der an dem Vertrag teilnimmt als Praxisbesonderheit im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung gem. § 106 SGB V berücksichtigt wird. Der Vertragsarzt hat den erhöhten ärztlichen Aufwand sowie den Verordnungsaufwand im Einzelfall zu dokumentieren.

Abschnitt 6

Programmsteuerung

§ 12 Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung

(1) Die KVBW veröffentlicht das Vorhaben in ihren satzungsmäßigen Veröffentlichungsorganen unter Benennung der Vertragsziele, der persönlichen Qualitätsanforderungen und der weiteren Aufgaben der an der Vertragsumsetzung interessierten Ärzte und Psychotherapeuten.

(2) Die KVBW unterstützt die Ärzte und Psychotherapeuten bei der Bildung der regionalen ADHS-Teams. Die KVBW erstellt Listen der teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten, um Auskunft darüber zu geben, welche weiteren an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten sich in der Region befinden. Die KVBW veröffentlicht die Liste im Intranet und/oder auf ihrer Internetseite.

(3) Die KVBW können Ärzte und Psychotherapeuten, die nicht an dem Vertrag teilnehmen, über die Inhalte des Vertrages mit dem Ziel informieren, dass sie ebenfalls die Verdachtsdiagnose nach den Kriterien in Anlage 1 stellen können und Patienten mit Verdachtsdiagnose ADHS zur Weiterbehandlung in einem ADHS-Team motivieren sollten.

(4) Die KVBW unterstützt die ADHS-Teams dabei, das Angebot an Elterntrainingsseminaren und -kursen auszuweiten und systematisch aufzubauen.

(5) Die KVBW informiert die Ärzte und Psychotherapeuten umfassend und unverzüglich über Vertragsabschlüsse und -änderungen im Rahmen dieses Vertrages, insbesondere über die Empfehlungen des Vertragsausschusses zu Neuerungen bei den Behandlungsleitlinien, vgl. § 14. Sie wirkt darauf hin, dass Ärzte und Psychotherapeuten, die an dem Vertrag teilnehmen wollen, die erforderlichen Qualifikationen erwerben und aufrechterhalten können. Sie kann zu diesem Zweck geeignete Fortbildungsmaßnahmen anbieten. Sie unterstützt die teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten insbesondere bei der Organisation und Durchführung der ADHS-Teambesprechungen und Qualitätszirkel.

(6) Die KVBW erteilt den Ärzten und Psychotherapeuten, die die Voraussetzungen nach § 7 Abs. 2 und 3 dieses Vertrages erfüllen, eine Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag. Die Genehmigung wird mit der Auflage erteilt, an den in dieser Vereinbarung festgelegten Fortbildungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen teilzunehmen und dies der KVBW nachzuweisen. Die Teilnahme des Arztes/des Psychotherapeuten beginnt, vorbehaltlich der Genehmi-

Versorgungskonzept „ADHS“

gung, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, frühestens jedoch mit Inkrafttreten des Vertrags nach § 21.

(7) Darüber hinaus übernimmt die KVBW die ihnen nach diesem Vertrag zugewiesenen Aufgaben sowie die Vertragsdurchführung und Qualitätssicherung.

(8) Die KVBW gewährleistet eine ordnungsgemäße Abrechnung der Leistungen. Die KVBW prüft u. a. den Arzt-Versichertenbezug. Hierfür erfolgt eine historisierte Zuordnung der koordinierenden Ärzte/Psychotherapeuten und der bei ihnen eingeschriebenen Versicherten.

(9) Die KVBW nimmt die Teilnahmeerklärungen der Versicherten entgegen. Nach der zeitnahen Erstellung von Verzeichnissen für die historisierte Zuordnung des koordinierenden Arztes/Psychotherapeuten und der eingeschriebenen Versicherten leitet die KVBW die Teilnahmeerklärung innerhalb von 7 Werktagen an die jeweilige Krankenkasse weiter.

§ 13 Öffentlichkeitsarbeit und Information

(1) Maßnahmen und Zeitpunkt zur Information der Öffentlichkeit und der Versicherten sind zwischen den Vertragspartnern abzustimmen.

(2) Die teilnehmenden Krankenkassen informieren ihre Versicherten in geeigneter Weise über diesen Vertrag.

(3) Die Bereitstellung und Finanzierung der notwendigen Dokumentationsunterlagen (Anlage 11) und Teilnahmeerklärungen für die Versicherten (Anlage 8) erfolgt über die jeweilige Krankenkasse bzw. Verband. Eine Verteilung dieser Unterlagen an die Ärzte/Psychotherapeuten erfolgt durch die KVBW.

§ 14 Vertragsausschuss

(1) Im Zuge der gemeinsamen Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur für ADHS-kranke Kinder und Jugendliche bilden die Vertragspartner dieses Vertrages und aller weiteren verbundenen AD(H)S-Verträge zusammen mit Vertretern der beteiligten Berufsverbände einen paritätisch besetzten Vertragsausschuss. Das Nähere regeln die Vertragspartner gesondert.

(2) Zu den Aufgaben des Vertragsausschusses gehören insbesondere

- die einheitliche Weiterentwicklung der Leistungen,
- die Empfehlung von Behandlungsleitlinien insbesondere bei Neuerungen,
- Besprechung der Fälle eines besonderen Behandlungsbedarfs gemäß Anlage 11
- Entscheidungen zur ADHS-Teambildung gemäß § 5 Abs. 1 Satz 5,
- das Vertragsmonitoring,
- die Öffentlichkeitsarbeit,
- die Beratung über den Beitritt von weiteren Krankenkassen,
- die Anpassung der Verträge gemäß § 20 dieses Vertrages.

Versorgungskonzept „ADHS“

§ 15 Datenschutz, Datentransparenz und -austausch

Bei der Umsetzung des Vertrages sind die ärztliche Schweigepflicht sowie die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu gewährleisten. Den für die Umsetzung dieses Vertrages notwendigen Datenaustausch, der über das übliche Maß hinausgeht, z.B. Verzeichnisse über die beteiligten Ärzte, Psychotherapeuten und andere Berufsgruppen sowie die Evaluation, vereinbaren die Vertragspartner gesondert. Die Datenerfassung für die Evaluation erfolgt gemäß Anlage 6. Die Weitergabe von persönlichen Daten außerhalb der Behandlung ist nur anonymisiert möglich.

§ 16 Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

Die technische und organisatorische Form der Datenübermittlung wird in der jeweils gültigen Technischen Anlage (TA) geregelt. Sie ist Bestandteil dieses Vertrages.

Abschnitt 7 Vergütung und Abrechnung

§ 17 Vergütung

- (1) Die Leistungen nach diesem Vertrag werden entsprechend Anlage 10 vergütet.
- (2) Die Vergütung erfolgt seitens der teilnehmenden Krankenkassen gegenüber der KVBW außerhalb der Gesamtvergütung.

§ 18 Abrechnung

- (1) Die erbrachten Leistungen sind von den teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten im Rahmen der regulären Abrechnung über die jeweils zuständige KVBW abzurechnen. Die KVBW ist berechtigt die üblichen Verwaltungskosten in Abzug zu bringen.
- (2) Sämtliche Leistungen des Vertrages, die mit der Diagnose AD(H)S in Verbindung stehen, werden über die Vergütungspositionen gemäß Anlage 10 vergütet. Bei Komorbidität (Definition siehe Anlage 10a) sind die Richtlinienpsychotherapie und die Leistungen gemäß der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung hiervon ausgenommen.
- (3) Der Datenaustausch zum Abrechnungsverfahren erfolgt auf der Grundlage des Vertrages über den Datenträgeraustausch auf Datenträgern. Die Abrechnung der in diesem Vertrag vereinbarten Vergütungen erfolgt gemäß § 295 SGB V über die KVBW.
- (4) Hinsichtlich der Abrechnung durch die KVBW, der Zahlungstermine, der rechnerisch/sachlichen Berichtigung gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages. Die KVBW rechnet die Vergütungspauschalen mit der Quartalsabrechnung gegenüber den beteiligten Krankenkassen ab. Die Gebührennummern werden im KT-Viewer entsprechend der jeweils gültigen Formblatt-3-Richtlinie ausgewiesen.

Versorgungskonzept „ADHS“

Abschnitt 8 Abschließende Bestimmungen

§ 19 Teilnehmende Krankenkassen

- (1) Der Vertrag gilt für die in der Anlage 12 aufgeführten Betriebskrankenkassen, die Mitglieder der BKK VAG Baden-Württemberg sind.
- (2) Betriebskrankenkassen, die zukünftig der BKK VAG Baden-Württemberg beitreten, können auch diesem Vertrag beitreten. Eine Teilnahme ist jeweils zu Beginn eines Quartals möglich. Die BKK VAG Baden-Württemberg aktualisiert in diesen Fällen die Anlage 12 des Vertrages und informiert die Vertragspartner vor Beginn des auf den Beitritt folgenden Abrechnungsquartals über den Beitritt.

§ 20 Anpassungsklausel

- (1) Die Vertragspartner vereinbaren, dass jährlich im Vertragsausschuss auf der Basis der Evaluationsergebnisse ein Gespräch zum ggf. daraus resultierenden Anpassungsbedarf der Versorgungsaufträge stattfindet.
- (2) Stellt ein Teilnehmer des Vertragsausschusses dessen ungeachtet unaufschiebbaren Anpassungsbedarf fest, informiert er den Vertragsausschuss und die Vertragspartner nehmen unverzüglich Verhandlungen auf.

§ 21 Laufzeit und Kündigung

- (1) Der Vertrag tritt mit Wirkung zum 01.01.2012 in Kraft und ersetzt den Vertrag vom 01.04.2009. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Quartals gekündigt werden.
- (2) Einen wichtigen Grund zur Kündigung stellen insbesondere die Verletzung des § 20 Abs. 1 dieses Vertrages sowie eine grundlose Verweigerung der Anpassung des Vertrages gemäß § 20 Abs. 2 dieses Vertrages dar.

Versorgungskonzept „ADHS“

Anlage 1 Kriterien Verdachtsdiagnose

Die Verdachtsdiagnose kann leitliniengemäß gestellt werden, wenn Kinder/Jugendliche entweder als

- unruhig und impulsiv
- oder als unaufmerksam
- oder in allen drei Kernsymptomen

als auffällig beurteilt werden.

Die Problematik muss

- sowohl in der Familie als auch im Kindergarten/in der Schule auftreten,
 - vor der Einschulung, spätestens aber kurz danach begonnen haben,
 - über mehr als 6 Monate andauern,
 - als belastend erlebt werden
- oder die soziale, schulische bzw. berufliche Funktionsfähigkeit beeinträchtigen.

Erfassungsinstrumente und Dokumentation der Verdachtsdiagnose

Die Vertragsteilnehmer erfassen diese Kriterien der Verdachtsdiagnose mit dem

Screening-Bogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS-Bogen) [Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Steinhausen, H.-C.: KIDS - Kinder-Diagnostik-System Band 1, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Hogrefe 2006].

Daraus können sich auch Hinweise auf Komorbiditäten und Differenzialdiagnosen ergeben.

Zur Dokumentation dieser Befunde zu Verdachtsdiagnose und eventuellen Hinweisen auf Komorbiditäten und Differenzialdiagnosen verwenden die Vertragsteilnehmer nachstehendes Formular.

Nicht am Vertrag teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten dokumentieren die von ihnen festgestellten Kriterien der Verdachtsdiagnose ebenfalls auf diesem Formular und fügen es dem Überweisungsschein bei.

Versorgungskonzept „ADHS“

Der Verdacht auf ADHS bei

Name:

Vorname:

Geb.datum:

wurde gestellt, weil folgende Hinweise auf die Kernsymptome von ADHS in deutlicher Ausprägung vorliegen:

auffällig unruhig und impulsiv

ja / nein

oder auffällig unaufmerksam

ja / nein

oder in allen drei Kernsymptomen auffällig

ja / nein

Diese Problematik (*alle folgenden Kriterien müssen erfüllt sein*)

- tritt sowohl in der Familie als auch im Kindergarten/in der Schule auf
- hat vor der Einschulung, spätestens aber kurz danach begonnen
- dauert über mehr als 6 Monate an
- wird als belastend erlebt oder beeinträchtigt die soziale, schulische bzw. berufliche Funktionsfähigkeit.

Verdacht auf komorbide Störungen:

Zusatzinformationen / Bemerkungen
(z.B. Hinweise auf genetische Belastung):

Versorgungskonzept „ADHS“

Anlage 2

Sicherung der Diagnose ADHS, Differenzialdiagnostik und Erfassung von Komorbiditäten

Differenzialdiagnostisch ist insbesondere zu denken an:

- pharmakologische Wirkungen (insbesondere bei Phenobarbital, Antihistaminika, Steroiden, Sympathomimetika, neurotoxischen Substanzen, Drogen)
- Epilepsie, Hyperthyreose, Migräne, Schädel-Hirn-Trauma
- tiefgreifende Entwicklungsstörung (Autismus, Rett-Syndrom oder desintegrative Störung)
- Intelligenzminderung in Form von Lernbehinderung oder geistiger Behinderung
- Abklärung einer Hochbegabung
- Psychosen (insbesondere eine manische Episode oder eine schizophrene Störung)
- emotional instabile Persönlichkeitsstörung (impulsiver Typus)
- depressive Störung oder Dysthymia
- Panikstörung oder generalisierte Angststörung
- Störung des Sozialverhaltens
- desorganisierte, chaotische Familienverhältnisse, Misshandlung oder Vernachlässigung des Kindes

Als komorbide Störungen müssen insbesondere Störungen des Sozialverhaltens, umschriebene Entwicklungsstörungen / Teilleistungsstörungen, Tic-Störungen und emotionale Störungen erfasst werden.

Zur Diagnosesicherung und Differenzialdiagnostik sind folgende Maßnahmen erforderlich:

- Störungsspezifische Anamnese bzw. Entwicklungsgeschichte
- Differenzialdiagnostische Anamnese und Entwicklungsgeschichte
- Fremdanamnestische Informationen aus sozialem Umfeld in KiGa/Schule (obligat: FBB-ADHS/HKS)
- Familienanamnese (Erkrankung der Eltern oder naher Verwandter)
- Erfassung und Beurteilung psychosozialer Bedingungs- und Begleitfaktoren, „Familiendiagnostik“
- Differenzialdiagnostik psychischer Erkrankungen (Hinweise durch SDQ, obligat durchzuführen)
- Verhaltensbeobachtung (während der Untersuchungen und der Anamnese)
- Körperliche Untersuchung, einschließlich neurologischer und motoskopischer Untersuchung, Beurteilung des Hör- und Sehvermögens; ggf. Labordiagnostik, ggf. EEG, ggf. spezialisierte organische Abklärung (z.B. Neuropädiatrie)
- Beurteilung des psychischen und geistigen Entwicklungsstandes, ggf. Intelligenzdiagnostik (wenn anhand von Leistungsnachweisen wie Zeugnisse, Klassenarbeiten etc. nicht zweifelsfrei anzunehmen ist, dass eine normale Intelligenz vorliegt), Entwicklungs- und Wahrnehmungsdiagnostik
- Beurteilung des psychischen und geistigen Entwicklungsstandes, ggf. Intelligenzdiagnostik (wenn anhand von Leistungsnachweisen wie Zeugnisse, Klassenarbeiten etc. nicht zweifelsfrei anzunehmen ist, dass eine normale Intelligenz vorliegt; dann Testung mit anerkannten Verfahren, z.B. Hawik, K-ABC, CFT, AID), Entwicklungs- und Wahrnehmungsdiagnostik
- Ggf. neuropsychologische Testverfahren (z.B. *Continuous Performance Test CPT*, *Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung TAP*, *Teach-Test*, *Qb-Test*)

Versorgungskonzept „ADHS“

Nach Durchführung und Bewertung der individuell notwendigen diagnostischen Befunde erfolgt:

- Beurteilung, ob die Diagnosekriterien nach DSM-IV und / oder ICD-10 erfüllt sind
- Beurteilung, ob die Störung durch eine andere Diagnose besser beschrieben wird (z.B. Tiefgreifende Entwicklungsstörung, Störung des Sozialverhaltens, Dysthyme Störung, Depression, Angststörung)
- Beurteilung der qualitativen (welcher Subtyp?) und quantitativen (Schweregrad der Beeinträchtigung?) Ausprägung
- Beurteilung, ob komorbide Störungen (und wenn ja welche) vorliegen
- Erfassung und Beurteilung der Aggravationsumstände und Ressourcen in der Umgebung des Patienten
- Beurteilung genetischer Hinweise in der Familie

Sind Maßnahmen zur Diagnosesicherung und Differenzialdiagnostik erforderlich, die der Koordinator selbst nicht durchführen kann, ist die Durchführung dieser Maßnahmen durch Nutzung der Ressourcen des ADHS-Teams zu organisieren.

Die Diagnosestellung wird multiaxial auf folgendem Diagnosebogen dokumentiert:

Versorgungskonzept „ADHS“

Psychosozialer Hintergrund

1 = unzutreffend, 2 = trifft zu, 9 = logisch nicht mögl./unbekannt

1. Abnorme intrafamiliäre Beziehungen		
1.0 Mangel an Wärme in der Eltern-Kind Beziehung	1	2 9
1.1 Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen	1	2 9
1.2 feindl. Ablehng./Sündenbockzuweisg. gegenüber Kind	1	2 9
1.3 körperliche Kindesmißhandlung	1	2 9
1.4 sexueller Mißbrauch (innerhalb der Familie)	1	2 9
1.8 andere:	1	2 9
2. Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie		
2.0 psych. Störung/abweichendes Verhalten e. Elternteils	1	2 9
2.1 Behinderung eines Elternteils	1	2 9
2.2 Behinderung der Geschwister	1	2 9
2.8 andere:	1	2 9
3. Inadäquate/verzerrte intrafamiliäre Kommunikation.....		
4. Abnorme Erziehungsbedingungen		
4.0 elterliche Überfürsorge.....	1	2 9
4.1 unzureichende elterliche Aufsicht/Steuerung.....	1	2 9
4.2 Erziehg., die eine unzureichende Erfahrung vermittelt.....	1	2 9
4.3 unangem. Anforderungen/Nötigungen durch Eltern.....	1	2 9
4.8 andere:	1	2 9
5. Abnorme unmittelbare Umgebung		
5.0 Erziehung in einer Institution.....	1	2 9
5.1 abweichende Elternsituation	1	2 9
5.2 isolierte Familie	1	2 9
5.3 Lebensbed. mit mögl. psychosoz. Gefährdung	1	2 9
5.8 andere:	1	2 9
6. Akute, belastende Lebensereignisse		
6.0 Verlust einer Liebes- oder engen Beziehung.....	1	2 9
6.1 bedrohli. Umstände infolge von Fremdunterbringung	1	2 9
6.2 negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder	1	2 9
6.3 Ereignisse, die zur Herabsetzg. d. Selbstachtg. führen	1	2 9
6.4 sexueller Mißbrauch (außerhalb der Familie)	1	2 9
6.5 unmittelbare, belästigende Erlebnisse	1	2 9
6.8 andere:	1	2 9
7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren		
7.0 Verfolgung oder Diskriminierung.....	1	2 9
7.1 Migration oder soziale Verpflanzung	1	2 9
7.8 andere:	1	2 9
8. Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit		
8.0 abnorme Streitbeziehungen mit Schülern/Mitarb.	1	2 9
8.1 Sündenbockzuweisung durch Lehrer/Ausbilder.....	1	2 9
8.2 allgem. Unruhe in Schule/Arbeitssituation	1	2 9
8.8 andere:	1	2 9
9. Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes		
9.0 institutionelle Erziehung	1	2 9
9.1 bedrohli. Umstände infolge v. Fremdunterbringung	1	2 9
9.2 abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen.....	1	2 9
9.8 andere:	1	2 9

Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

- 0 hervorragende/gute soziale Anpassung
- 1 befriedigende soziale Anpassung
- 2 leichte soziale Beeinträchtigung
- 3 mäßige soziale Beeinträchtigung
- 4 deutliche soziale Beeinträchtigung
- 5 deutl. u. übergreifende (durchgängige) soz. Beeinträcht.
- 6 tiefgreifende u. schwerwiegende soz. Beeinträchtigung
- 7 braucht beträchtliche Betreuung
- 8 braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung)
- 9 Information fehlt.

Versorgungskonzept „ADHS“

Folgende Fragebögen sollen als Hilfsmittel im Rahmen der Diagnosesicherung und Differenzialdiagnostik und zur Dokumentation eingesetzt werden:

- Explorationsbogen ADHS/ADS von Kohns [Internet: www.agadhs.de unter „Hilfen/Fragebögen“] oder die Basisdokumentation der Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP/BAG/BKJPP)
- FBB-ADHS/HKS [Fremdbeurteilungsbogen Hyperkinetische Störung jeweils für Eltern und Erzieher]
- SDQ (Strength- and Difficulties-Questionnaire; Internet: www.sdqinfo.com)
- ILK (Internet: www.kjp.uni-marburg.de/lq/index.php) [zur Erfassung der Lebensqualität]

Weitere Fragebögen, die als Hilfsmittel im Rahmen der Diagnosesicherung und Differenzialdiagnostik und zur Dokumentation eingesetzt werden können, sind z.B.:

- Anamnesebogen von Skrodzki [Internet: www.agadhs.de unter „Hilfen/Fragebögen“]
- ES-HOV (Explorationsschema für Hyperkinetische und Oppositionelle Verhaltensstörungen; Döpfner et al., 2000; 2005) [halbstrukturierter klinischer Explorationsbogen]
- FBB-ADHS-V (Fremdbeurteilungsbogen für Vorschulkinder mit Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen; Döpfner et al., 2005) [Adaptation des FBB-ADHS für Vorschulkinder; Normen; Bestandteil des Kinder-Diagnostik-Systems (KIDS-1)]
- SBB-ADHS/HKS [Selbstbeurteilungsbogen - ab 11 Jahre]
- TRF (Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen)
- CBCL (Child Behavior Checklist)
- YSR (Fragebogen für Jugendliche)
- EF-PF (Elternfragebogen über Problemsituationen in der Familie; Döpfner et al., 2005) [Deutsche Bearbeitung des Home Situations Questionnaire (HSQ), deutsche cut-off-Werte für Auffälligkeiten]
- VBV (Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder)
- FBB ANG, FBB DES, FBB SSV [Disyps II]

Versorgungskonzept „ADHS“

Anlage 3 Indikationsstellung und Durchführung von Behandlungsmodulen

Grundsätze multimodaler Therapie

Leitliniengemäß erfolgt nach Sicherung der ADHS-Diagnose multimodale Therapie.

Nach Festlegung und Hierarchisierung der Behandlungsziele (z.B. Verringerung der Kernsymptomatik und der Symptomatik komorbider Störungen, altersadäquate psychosoziale Entwicklung und Integration, Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung, Stabilisierung der emotionalen Situation, begabungsentprechende Schul- und Berufsausbildung ...) entscheidet der Koordinator, welche Therapiemodule in den individuellen Behandlungsplan aufgenommen werden müssen. Dabei orientiert er sich an den Prinzipien des Notwendigen, Hinreichenden und Verfügbaren und nutzt die vor Ort bestehenden Kooperationsmöglichkeiten. Außerdem sollten nicht-medikamentöse Behandlungsmethoden initial stets Vorrang vor medikamentöser Behandlung haben, wenn nicht eine krisenhafte Zuspitzung vorliegt. Medikamentöse Behandlung sollte regelhaft durch nicht-medikamentöse Therapieformen ergänzt werden.

Modul: Psychoedukative Maßnahmen

- Information der Eltern, Erzieher/Lehrer und (altersgerecht) der Kinder/Jugendlichen über das Krankheitsbild, dessen Pathogenese, Behandlungsmöglichkeiten und Verlauf.
- Beratung der Eltern, Kinder/Jugendlichen und Erzieher/Lehrer über Maßnahmen im gegenseitigen Umgang, die die ADHS-spezifischen Besonderheiten des Kindes berücksichtigen.
- Selbstbeobachtung und Selbstbewertung.
- Hinweis auf Selbsthilfegruppen.
- Sensibilisierung der Eltern für die sich selbst aufrechterhaltenden Teufelskreise der Interaktion und den Anteil, den die Eltern daran haben.

Modul: Elterntraining und Interventionen in der Familie

Eltern-/Familieninterventionen muss ein hervorragender Platz in der ersten Therapiestufe eingeräumt werden, da ihre Wirksamkeit evidenzbasiert nachgewiesen werden konnte. Es sollten Elterntrainings, vorzugsweise in der Gruppe, mit bei ADHS geeigneten Programmen durchgeführt werden. Des Weiteren soll auf Eltern-(Selbsthilfe-)Gruppen hingewiesen werden und Elterngruppen sollten unterstützt werden.

Modul: Psychotherapeutische Einzel- und Gruppentherapie, Behandlung der Bezugspersonen

Die Leistungen dieses Moduls können von teilnehmenden Ärzten/Psychotherapeuten mit entsprechender Qualifikation nach den Psychotherapierichtlinien/Psychotherapie-Vereinbarungen erbracht werden. Komplexe familiäre Interaktionsstörungen erfordern über psychoedukative Maßnahmen oder über ein anleitend-instruierendes Elterntraining hinausgehende psychotherapeutische Familien- und Elternbehandlung. Bei psychischen Störungen eines oder beider Elternteile ist alternativ dazu oder ergänzend psychotherapeutische Einzelbehandlung des Elternteils zu erwägen. Störungsspezifische psychotherapeutische Verfahren mit Kindern und Jugendlichen müssen sich an den Leitlinien orientieren und die Eltern intensiv in den Therapieprozess einbeziehen (sowohl bei Einzel- als auch bei Gruppenbehandlungen). Mit Patienten und Eltern soll in altersgerechter Form eine Problem- und Ressourcenanalyse, eine Zielhierarchie und ein therapeutisches Arbeitsbündnis erarbeitet werden. Operante Techniken, Techniken der Stimuluskontrolle sowie kognitive Therapien wie Selbstinstruktionstechniken und Hilfen bei der Impuls- bzw. Ärgerkontrolle sollten in ein psychotherapeutisches Gesamtkonzept eingebettet und nicht isoliert angewendet werden. Diese sind sowohl für die Symptomkontrolle, als auch für den Aufbau von Alternativverhalten wichtige therapeutische Hilfen auf dem Weg zum Selbstmanagement.

Versorgungskonzept „ADHS“

Modul: Störungsspezifische Funktionsbehandlungen mit sozialpädiatrischen und -psychiatrischen Interventionen bei Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen

Diese Leistungen können auch von Heilpädagogen, Ergotherapeuten, Sozialpädagogen, Pädagogen und Psychologen unter Anleitung eines Arztes/Psychotherapeuten durchgeführt werden, der Vertragspartner dieses Vertrages ist. Kinder und Jugendliche mit ADS/ADHS sind in verschiedener Weise in ihren Alltagsfunktionen eingeschränkt und benötigen störungsspezifische Hilfen und pädagogische Interventionen. Diese können in Einzel- oder Gruppenbehandlung durchgeführt werden. Dabei sind Hilfen zur Impulssteuerung, Konzentration und Daueraufmerksamkeit, motorischen Kontrolle und Handlungskompetenz störungsspezifisch bezogen auf die Kernsymptomatik sinnvoll. Häufig ist der Aufbau sozialer Kompetenz, Förderung allgemeiner Grundregeln des Sozialverhaltens, Unterstützung des Selbstwerts, der Angst- Aggressionsbewältigung sowie eine emotionale Stabilisierung notwendig und im Gruppensetting besonders hilfreich.

Die Arbeit mit den Eltern ist initial und begleitend notwendig, um diese in ihrer Elternfunktion zu stützen und über die Möglichkeiten des Elterntrainings in der Gruppe hinaus individuell bezogen auf die Erfordernisse in der eigenen Familie und die eigenen Bedingungen des Elternseins zu unterstützen.

Das Umfeld der Kinder hat entscheidende Bedeutung für die Ausprägung der Symptomatik. Dazu werden Erzieher, Lehrer, andere Bezugspersonen und Therapeuten, sowie gegebenenfalls Mitarbeiter der Jugendhilfe in kontinuierlichen, begleitenden Gesprächen und Interventionen in den Behandlungsprozess einbezogen.

Modul: Behandlung komorbider Störungen

Je nach durch die Diagnostik erfasster Begleitstörung sind z.B. folgende Behandlungsmethoden sinnvoll:

- Wahrnehmungsförderung (bei visuellen, auditiven oder kinästhetischen Wahrnehmungsstörungen)
- motorische Förderung (z.B. Psychomotorik – mit dem Vorteil des Gruppensettings)
- Lese-Rechtschreib-Störung, Rechenschwäche: Veranlassung entsprechender Fördermaßnahmen, Nachteilsausgleich in der Schule

Komorbide Störungen mit erheblicher psychischer Symptomatik (z.B. Depression, Angst, Zwang) erfordern die Behandlung durch den Kinder und Jugendpsychiater und –psychotherapeuten und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Somatische und neurologische komorbide Störungen erfordern die Behandlung durch den Kinder- und Jugendarzt / Neuropädiater und/oder Kinder- und Jugendpsychiater und –psychotherapeuten.

Modul: Medikamente

Wenn psychoedukative und psychosoziale Maßnahmen nach angemessener Zeit keine ausreichende Wirkung entfaltet haben und eine deutliche Beeinträchtigung im Leistungs- und psychosozialen Bereich mit Leidensdruck bei Kindern/Jugendlichen und Eltern und Gefahr für die weitere Entwicklung des Kindes bestehen, besteht die Indikation zu ergänzender medikamentöser Therapie. In krisenhaften Situationen kann mit der medikamentösen Therapie sofort begonnen werden.

Der Vergleich verschiedener Behandlungsmethoden hat gezeigt, dass eine individuell bedarfsangepasste medikamentöse Therapie den größten positiven Effekt auf die Kernsymptome von ADHS hat. Einige komorbide Störungen können günstig beeinflusst werden. Oft sind Fördermaßnahmen und Heilmitteltherapien erst bei medikamentöser Therapie der Kinder erfolgreich. Eine kontinuierliche Beratung ist sehr wichtig für die Optimierung der Therapie.

Bezüglich der Details der Durchführung der medikamentösen Therapie wird insbesondere auf die aktuellen Leitlinien (vgl. § 2) verwiesen.

Versorgungskonzept „ADHS“

Modul: Externe Schnittstellen

- Verhaltenstherapeutische Techniken werden Lehrern, Erzieherinnen im Kindergarten usw. zur Übertragung der verhaltenstherapeutischen Interventionen in den Lebensalltag des Kindes vermittelt (Optimierung von Sitzordnung; Identifizierung von Problemen, Interventionen und hilfreiche Erzieher-/Lehrerinteraktionen mit dem Kind; Einsatz von Münzverstärkung, Response-Cost, Time-Out); Lehrerschulung
- Bedarfsweise soll Betreuung in Förderkindergarten, Förderschule, Heilpädagogischer Tagesstätte erfolgen (kleine Gruppen mit der Möglichkeit intensiverer pädagogischer Förderung, teils auch Übungsbehandlungen der Teilleistungsschwächen dort möglich)
- Ggf. Förderschule (Schwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung), Heimschule mit spezieller pädagogischer Förderung (wenn die schulische Integration in Regelschule oder Förderschule unter wohnortnaher Therapie nicht mehr möglich ist)
- Jugendhilfemaßnahmen (Kooperation mit dem Jugendamt: Hilfe zur Erziehung, Eingliederungshilfe)
- Teilstationäre oder stationäre Behandlung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik wird notwendig, wenn mit den oben genannten therapeutischen Maßnahmen die Therapieziele nicht befriedigend zu erreichen sind, insbesondere wenn infolge komorbider Störungen und/oder schwer wiegender familiärer Krisensituationen eine ambulante Therapie keinen Erfolg mehr hat

Beurteilung des Therapieverlaufs und des Therapieerfolges

Im Verlauf Beurteilung des Therapieerfolges durch den Behandler anhand der Berichte von älteren Kindern/Jugendlichen, Eltern und Lehrern/Erziehern, Fragebögen zum Therapieverlauf, Vergleich früherer und aktueller Symptomchecklisten und -fragebögen und durch Leistungsnachweise wie Zeugnis, zwischenzeitliche Schulnoten, Heftführung, Schrift.

Werden die Therapieziele nicht oder nicht befriedigend erreicht, ist der Patient vom Behandler im Qualitätszirkel, zwischenzeitlich in Teamgesprächen mit den Teammitgliedern zu besprechen, um gemeinsam erfolgreichere Wege zur Behandlung zu finden.

Dokumentation von Therapieverlauf und Therapieerfolg

- ADHS - Klinische Gesamteinschätzung (ADHS-KGE)
[Erfassungsbogen aus: Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Steinhausen, H.-C.: KIDS - Kinder-Diagnostik-System Band 1, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Hogrefe 2006]
- ILK (Internet: www.kjp.uni-marburg.de/lq/index.php) [zur Erfassung der Lebensqualität]

Versorgungskonzept „ADHS“

Anlage 4 ADHS-Qualitätszirkel

1. Aufgaben und Ziele

Die ADHS-Qualitätszirkel dienen der Weiterqualifizierung, der Fortbildung und dem kollegialen Erfahrungsaustausch der teilnehmenden Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sowie der Qualitätssicherung und -entwicklung. Im ADHS-Qualitätszirkel sollen insbesondere die kritischen und/oder schwierig laufenden Fälle der teilnehmenden Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten vorgestellt werden, mit dem Ziel auf Grundlage evidenzbasierter Leitlinien und des Erfahrungswissens der Teilnehmer eine Anpassung des Behandlungsplans vorzunehmen. Die Anforderungen an die ADHS-Qualitätszirkel richten sich nach der Qualitätssicherungsrichtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie nach den Grundsätzen und Regelungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Anerkennung und Durchführung von Qualitätszirkeln.

2. Anforderungen

2.1 Größe und Struktur

Die ADHS-Qualitätszirkel finden in einer geschlossenen Gruppenstruktur von etwa 5-20 teilnehmenden Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten als Patientenfallkonferenz statt. Bei den ADHS-Qualitätszirkeln sollten alle teilnehmenden Berufsgruppen vertreten sein. Ein von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannter Moderator übernimmt die Leitung des ADHS-Qualitätszirkels. Die Teilnehmer stimmen anhängender Verbindlichkeitserklärung zu.

2.2 Häufigkeit und Dauer

Die ADHS-Qualitätszirkel sind auf Dauer angelegt. Sie finden mindestens viermal pro Jahr statt. Eine Zirkelsitzung sollte mindestens 90 Minuten dauern.

2.3 Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen

Für alle ADHS-Qualitätszirkel erfolgt bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine Beantragung auf Anerkennung. Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung unterstützt die ADHS-Qualitätszirkel entsprechend der jeweils gültigen Grundsätze und Regelungen zur Durchführung von Qualitätszirkeln.

2.4 Fallbearbeitung

Es wird angestrebt, dass jeder Teilnehmende ADHS-Fälle aus seinem Praxisalltag vorstellt. Die Vorbereitung der Fallvorstellung liegt in der Verantwortung des vorstellenden Vertragsarztes oder Vertragspsychotherapeuten. Bei der Präsentation sollten die Anamnese, die Arzt-Patienten-Beziehung und die exakte Darlegung des medizinischen Behandlungsproblems Berücksichtigung finden. Notwendige Unterlagen sind anonymisiert zur Verfügung zu stellen.

2.5 Anerkennung als Fortbildungsmaßnahme

Die Zertifizierung des ADHS-Qualitätszirkels als anerkannte Fortbildungsmaßnahme erfolgt durch die zuständige Landesärztekammer bzw. Landespsychotherapeutenkammer. Mit der Teilnahme am ADHS-Qualitätszirkel erwirbt der teilnehmende Vertragsarzt/-psychotherapeut Fortbildungspunkte.

Versorgungskonzept „ADHS“

2.6 Dokumentation

ADHS-Qualitätszirkelsitzungen sind zu protokollieren. Protokollpunkte sind dabei Termin und Zeitdauer, Thema, Teilnehmerzahl, Namen der Teilnehmer, Zeitpunkt und Thema des nächsten Qualitätszirkels. Insbesondere werden der Behandlungsansatz des vorstellenden Vertragsarztes oder Vertragspsychotherapeuten und die von den Qualitätszirkelteilnehmern erarbeiteten Therapieempfehlungen protokolliert. Wurden Moderationsplakate verwendet, sind diese dem Protokoll beizufügen.

2.7 Evaluation

Der ADHS-Qualitätszirkel analysiert und bewertet intern, ob die verfolgten Ziele erreicht wurden oder warum dies nicht der Fall war. Es wird empfohlen, dass die zuständige Kassenärztliche Vereinigung die Arbeit des ADHS-Qualitätszirkels evaluiert.

Verbindlichkeitserklärung		
Moderator/in:		
Name des Qualitätszirkels:		
Pos.	Inhalt	Erläuterung
1	Ziel	Kontinuierliche Teilnahme und vertrauensvolle kollegiale Zusammenarbeit am Qualitätszirkel begleitend zum Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts-) Störung) auf der Grundlage von § 73 c SGB V
2	Vereinbarung zur Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ gemeinsame Teilnahme von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten an den Sitzungen des Qualitätszirkels ▪ Bereitschaft zum Austausch von Ideen und Materialien ▪ Erstellung verbindlicher, gemeinsamer Gruppenregeln (Verschwiegenheit)
3	Abbruchkriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sporadische Teilnahme von Vertragsärzten oder Vertragspsychotherapeuten ▪ Inaktivität einzelner Teilnehmer
	Praxis:	Datum/Unterschrift:

Versorgungskonzept „ADHS“

Anlage 6

Evaluation

Die Evaluation erfolgt auf der Basis des jährlichen Qualitätsberichtes des Vertragsausschusses gemäß §9 (8) des Vertrages.

Der Vertragsausschuss erfragt dazu 1x pro Jahr von den Dokumentaren der ADHS-Teams anhand folgender Liste:

Erfassungszeitraum: bis [Datum der Aussendung der Liste]

Anzahl der Teammitglieder:

Davon: Kinder- und Jugendärzte:

Kinder- und Jugendpsychiater:

Psychotherapeuten:

Anzahl der Patienten mit Verdachtsdiagnose ADHS:

Davon: Diagnose ADHS gesichert:

Diagnosesicherung noch nicht abgeschlossen:

Anzahl der im ADHS-Team besprochenen Patienten:

Wird in Ihrer Region ein ADHS-spezifisches Elterntraining angeboten: ja / nein

Wenn ja: Nach welchem Programm:

Wartezeit ca.:

Bei wie vielen der Patienten (mit gesicherter Diagnose) erfolgt/erfolgte ein Elterntraining:

Anzahl der Patienten, bei denen die Therapie beendet werden konnte:

Versorgungskonzept „ADHS“

Anlage 7 Individuelle Patienteninformation

Patienteninformation

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Eingeschrieben am:

Arztstempel Behandler

Diagnose und Ausgangssituation

Verdachtsdiagnose am: durch:

Diagnosesicherung am: durch:
ggf. außerdem beteiligtes Teammitglied:

Kernsymptome	gar nicht	mäßig	deutlich	sehr stark
Aufmerksamkeitsstörung				
Hyperaktivität				
Impulsivität				

Zusatzkriterien			
Vor dem Alter von 6-7 Jahren	ab wann?		
Mind. seit 6 Monaten	seit Monaten / Jahren		
Verschied. Lebensbereiche	Familie	Schule/KiGa	Spiel
Belastend	sozial + ++ +++ ++++		Leistung + ++ +++ ++++
Durch eine andere Diagnose besser beschrieben? ja / nein			

Definition / Diagnosekriterien für ADHS und/oder HKS erfüllt? ja / nein

Subtyp: ADHS - vorwiegend unaufmerksam
 - hyperaktiv – impulsiv
 - kombinierter Typ

HKS - Störung von Aktivität und Aufmerksamkeit
 - Hyperkinetische Störung mit Störung des Sozialverhaltens

ADHS in der Familie? Wer?

Versorgungskonzept „ADHS“

Komorbiditäten:

Was ist das größte Problem?

Wann im Tagesverlauf die meisten Probleme?

Therapie und Verlauf

Datum:

Behandler:

Maßnahmen zuhause:

Maßnahmen in Schule / Kindergarten:

Nichtmedikamentöse Therapien:

Medikamentöse Therapie:

Kontrolltermin am:

Fallgespräch?

Sonstiges:

[Für die fortlaufende Dokumentation bei den Kontrolluntersuchungen ist der Abschnitt „Therapie und Verlauf“ zu kopieren, auszufüllen und der Patienteninformation beizuheften]

Versorgungskonzept „ADHS“

Anlage 8

Patiententeilnahmeerklärung

Versorgungskonzept „ADHS“

Anlage 9

Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten

Antrag

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

(Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts-) Störung) gemäß § 73 c SGB V ab 01.04.2009
zwischen der KBV, der KV Baden-Württemberg und den beteiligten Krankenkassen/Verbände

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 Krankenkassen 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)

Versorgungskonzept „ADHS“

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;
 - 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.
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.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des vorgenannten Vertrages

Ort/Datum	Unterschrift	Vertragsarztstempel

Bitte zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich Qualitätssicherung
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Telefax: 0711 / 7875-48-3835

Versorgungskonzept „ADHS“

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

Versorgungskonzept „ADHS“

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 Teilnehmer¹:

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).

¹ Bei Bedarf bitte auf gesondertem Blatt fortführen

Versorgungskonzept „ADHS“

Anlage 10

Vergütung

I. Grundsätzliche Regelungen zur Vergütung

(1) **Teilnehmende Fachgruppen**

Die Vergütungsregelung dieses Vertrages gilt für die teilnehmenden Fachgruppen

- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- Ärztliche Psychotherapeuten
- Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

(2) **Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung**

Die Vergütung der in diesem Vertrag aufgeführten ärztlichen oder kinderpsychiatrisch/psychotherapeutischen Leistungen erfolgt außerhalb der Gesamtvergütung.

(3) **Abrechnung**

Der an dem Vertrag teilnehmende Arzt/Psychotherapeut rechnet die nachstehenden Leistungen über die jeweils angegebene Gebührenordnungsnummer (GO-Nr.) für die von ihm im Rahmen des Vertrages behandelten Versicherten über seine LANR/BSNR selbst ab.

Dabei berücksichtigen die Ärzte/Psychotherapeuten die in den Teambesprechungen zusammen mit dem koordinierenden Arzt festgelegten zeitlichen/finanziellen Behandlungsumfänge (Budgets). Die Behandlungsplanung wird vom koordinierenden Arzt schriftlich dokumentiert und den Teammitgliedern in Form von Ziel-Überweisungen/Konsiliarberichten ausgehändigt.

Überschreitungen der Budgets werden dem vom Behandlungsplan abweichenden Arzt/Psychotherapeuten durch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg im Rahmen der Abrechnung gekürzt.

(4) **Vergütungsobergrenze**

Im Jahr kann das AD(H)S-Team Leistungen der Grundpauschale Diagnostik und der Zusatzpauschale Therapie nach diesem Vertrag in der Vergütungshöhe von insgesamt maximal 1200 € für einen eingeschriebenen Versicherten abrechnen. Im Quartal stehen somit für die Behandlung eines eingeschriebenen Versicherten rechnerisch 300 € zur Verfügung. Von der im Quartal zur Verfügung stehenden Vergütungssumme von 300 € kann abgewichen werden. Die Gesamtsumme von 1200 € pro Jahr darf in keinem Fall überschritten werden.

(5) **Behandlungsintensive Fälle**

Die Vertragspartner sind sich einig, dass

- in einigen wenigen Fällen (ein Versicherter bzw. maximal 5% der jeweils vom Fallkoordinator betreuten Versicherten) bei folgenden nachzuweisenden Gründen die Obergrenze bis maximal 2.400 Euro erhöht werden kann.
- diese Regelung anhand der jeweiligen Fälle nach einem Jahr Regelungszeit im AD(H)S-Vertragsausschuss überprüft wird.

Folgende Gründe können für eine Überschreitung in Frage kommen und sind gegenüber der KVBW mitzuteilen und zu begründen:

- a. Vorliegen von Komorbiditäten.
- b. ADS-Fälle mit Störung des Sozialverhaltens nach F90.1.
- c. Gravierende psychosoziale Belastungen analog Achse 5 des Multiaxialen Klassifikationssystems (MAS) in Verbindung mit einer verminderten psychosozialen Anpassung analog Achse 6 MAS.
- d. Sonstige besonders behandlungsintensive Fälle als Ausnahmefall.

Versorgungskonzept „ADHS“

Die Anzeige erfolgt durch den Koordinator gegenüber der KVBW. Die KVBW stellt dafür Formulare (Anlage 11) zur Verfügung. Die KVBW prüft die Vollständigkeit und informiert das AD(H)S-Team über die Anhebung der Obergrenze gem. Abs. 4 auf 2.400 € pro Jahr. Die Anhebung gilt für die gesamte Behandlungsdauer des Versicherten ab dem Quartal des Eingangs der Anzeige bei der KVBW. Der AD(H)S-Vertragsausschuss berät die gemeldeten Fälle in seiner jeweils nächsten Sitzung.

II. AD(H)S-Grundpauschale Diagnostik

Leistungsinhalte

- Beratung des Versicherten und/oder der Bezugspersonen über die Modalitäten dieses Vertrages
- Einschreibung des Versicherten (Teilnahmeerklärung Anlage 8) in den Vertrag und Weiterleitung der Erklärung an die zuständige KV
- Erhebung des psychopathologischen und/oder des psychodynamischen Status
- Erhebung des neurologischen Basis-Status
- Berücksichtigung entwicklungsphysiologischer, -psychologischer, -soziologischer und familiendynamischer Faktoren
- Erhebung der biographischen Anamnese zur Psychopathologie
- Vertiefte Exploration mit differentialdiagnostischer Einordnung eines kinderpsychiatrischen bzw. psychosomatischen Krankheitsbildes
- Durchführung und Auswertung standardisierter Testverfahren
- Bei Verdacht umfassende somatische und differentialdiagnostische Abklärung
- Bei Notwendigkeit Laboruntersuchungen (z.B. Ausschluss von Stoffwechselerkrankungen)
- Bei Notwendigkeit Koordination bzw. Durchführung weiterer diagnostischer Maßnahmen (Sonographie, EEG, Ergometrie etc.)
- AD(H)S- Assessments, AD(H)S-Fragebogen
- mindestens 1 persönlicher *Arzt* (koordinierender Arzt/Psychotherapeut)-Patienten-Kontakt im Quartal

pro Patient, je vollendete 15 Minuten

25,00 €

für nichtärztliche und nichtpsychotherapeutische Mitarbeiter des AD(H)S-Team-Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten (z.B. Physiotherapeut, Ergotherapeut, Logopäde, Sozialarbeiter, Heilpädagoge, Psychologe)

Leistungsinhalt

- Durchführung von AD(H)S-spezifischen Übungsverfahren in Einzelbehandlung und/oder als Gruppenbehandlung
- Beratung von Bezugspersonen über den Umgang mit der Erkrankung in Zusammenhang mit Aufzeigen von therapieunterstützenden Maßnahmen im Alltag
- Umfeldbeobachtung, Beratung im Umgang mit der Erkrankung einschließlich Schul- und/oder Hausbesuch
- als delegierte Leistungen

pro Patient, je vollendete 15 Minuten

15,00 €

Übersicht AD(H)S-Grundpauschale Diagnostik		
Ausführung der Leistungsinhalte	GO-Nr.	Vergütung
durch den koordinierenden Arzt/Psychotherapeuten	93020A	25,00 €
in Delegation durch einen approbierten	93020B	25,00 €

Versorgungskonzept „ADHS“

Arzt/Psychotherapeuten		
in Delegation durch einen nichtärztlichen AD(H)S-Teammitarbeiter eines AD(H)S-Team-Vertragsarztes/ Vertragspsychotherapeuten	93020C	15,00 €

- Es gilt die unter I. Nr. 4 genannte Obergrenze von 1.200 € je Jahr bzw. 300 € je Quartal.
- Die „AD(H)S-Grundpauschale Diagnostik“ ist höchstens in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen abrechenbar.
- Behandlungen von Patienten mit ADS/ADHS außerhalb des AD(H)S-Teams im Rahmen des Vertrages erfolgen gemäß den Grundsätzen der Heilmittelverordnung.
- Die Gebührenordnungspositionen sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04242 bis 04243, 04351, 04430, 04433, 04434, 14220 bis 14320, 16220 bis 16231, 21220 bis 21233, 22220 bis 22222, 23220, sowie den Gebührenordnungspositionen des Kap. 35 EBM abrechenbar. Dies gilt nicht, soweit eine andere als in § 4 Abs. 1 des Vertrages genannte ICD-10-Diagnose vorliegt (Komorbidität, vgl. Anlage 10a).

III. AD(H)S-Zusatzpauschale Therapie

Leistungsinhalte

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt
- Einzelbehandlung
- ggf. Gruppenbehandlung bis max. 4 Patienten bzw. deren Bezugspersonen
- Familienbehandlung
- Durchführung von probatorischen Sitzungen und/oder
- Durchführung von übenden Verfahren
- Überprüfung und fortlaufende Kontrolle bei begonnener medikamentöser Therapie, evtl. Dosisanpassung der Medikamente, Erfragen und Beachten eventueller unerwünschter Nebenwirkung(en)
- Krankheits- und situationsbezogene Anleitung der Bezugs- oder Kontaktperson(en)
- Ärztliche und/oder kinderpsychiatrische bzw. psychotherapeutische Koordination begleitender Maßnahmen mit weiteren Versorgungsstrukturen und -instanzen
- Koordination der Behandlung durch psycho-, ergo- und/oder sprachtherapeutischer Einrichtungen und/oder multiprofessionelle Teams
- Koordination der Gruppenarbeit mit Patienten, Angehörigen und Laienhelfern
- Konsiliarische Erörterung mit beteiligten Ärzten, Psychologen bzw. mit dem Hausarzt, v. a. bei Begleiterkrankungen
- Teilnahme bzw. Durchführung und/oder Vorbereitung von multidisziplinären Fallkonferenzen
- Fortlaufende Beratung des Versicherten bzw. der Bezugspersonen im Umgang mit der Erkrankung
- Überprüfung und fortlaufende Kontrolle der nicht-medikamentösen Therapie
- Umfassende Dokumentation (Basis-, Folge-Dokumentation)
- Datenerhebung und Dokumentation zur begleitenden Evaluation
- Erstellen eines ausführlichen Verlaufsberichtes (gemäß Anlage 7)
- Überprüfung der Notwendigkeit der Einleitung einer spezifischen medikamentösen Behandlung nach 3-6 Monaten Therapieversuch gemäß Vertrag
- mindestens 1 persönlicher *Arzt* (koordinierender Arzt/Psychotherapeut)-Patienten-Kontakt im Quartal

pro Patient, je vollendete 15 Minuten 25,00 €
 pro Patient in der Gruppentherapie, je vollendete 15 Minuten 12,50 €

Versorgungskonzept „ADHS“

für nichtärztliche und nichtpsychotherapeutische Mitarbeiter des AD(H)S-Team-Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten (z.B. Physiotherapeut, Ergotherapeut, Logopäde, Sozialarbeiter, Heilpädagoge, Psychologe)

Leistungsinhalt

- Durchführung von AD(H)S-spezifischen Übungsverfahren in Einzelbehandlung und/oder als Gruppenbehandlung
- Beratung von Bezugspersonen über den Umgang mit der Erkrankung in Zusammenhang mit Aufzeigen von therapieunterstützenden Maßnahmen im Alltag
- Umfeldbeobachtung, Beratung im Umgang mit der Erkrankung einschließlich Schul- und/oder Hausbesuch
- als delegierte Leistungen

pro Patient, je vollendete 15 Minuten

15,00 €

pro Patient in der Gruppentherapie, je vollendete 15 Minuten

7,50 €

Übersicht AD(H)S-Zusatzpauschale Therapie		
Ausführung der Leistungsinhalte	GO-Nr.	Vergütung
durch den koordinierenden Arzt/Psychotherapeuten	93021A	25,00 €
in Delegation durch einen approbierten Arzt/Psychotherapeuten	93021B	25,00 €
in Delegation durch einen nichtärztlichen AD(H)S-Teammitarbeiter eines AD(H)S-Team-Vertragsarztes/ Vertragspsychotherapeuten	93021C	15,00 €
Übersicht AD(H)S-Zusatzpauschale Gruppentherapie		
Ausführung der Leistungsinhalte	GO-Nr.	Vergütung
durch den koordinierenden Arzt/Psychotherapeuten	93021D	12,50€
in Delegation durch einen approbierten Arzt/Psychotherapeuten	93021E	12,50€
in Delegation durch einen nichtärztlichen AD(H)S-Teammitarbeiter eines AD(H)S-Team-Vertragsarztes/ Vertragspsychotherapeuten	93021F	7,50€

- Es gilt die unter I. Nr. 4 genannte Obergrenze von 1.200 € je Jahr bzw. 300 € je Quartal.
- Behandlungen von Patienten mit ADS/ADHS außerhalb des AD(H)S-Teams im Rahmen des Vertrages erfolgen gemäß den Grundsätzen der Heilmittelverordnung.
- Wegepauschalen für Besuche im Rahmen des Vertrages werden zusätzlich gemäß einer jeweils regionalen Sondervereinbarung vergütet.
- Die Gebührenordnungspositionen sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04242 bis 04243, 04351, 04430, 04433, 04434, 14220 bis 14320, 16220 bis 16231, 21220 bis 21233, 22220 bis 22222, 23220, sowie den Gebührenordnungspositionen des Kap. 35 EBM abrechenbar. Dies gilt nicht, soweit eine andere als in § 4 Abs. 1 des Vertrages genannte ICD-10-Diagnose vorliegt (Komorbidität, vgl. Anlage 10a).

Versorgungskonzept „ADHS“

Anlage 10a(eingefügt zum
01.04.2010)**Psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Behandlung bei Komorbidität****Komorbiditäten bei AD(H)S**

Bis zu zwei Drittel aller Kinder und Jugendlichen mit einer hyperkinetischen Störung weisen neben den Kernsymptomen von AD(H)S weitere, so genannte „komorbide Störungen“ auf, welche für die Entwicklung des Kindes wie auch für den Behandlungsverlauf der ADHS- Symptomatik zusätzliche Risikofaktoren darstellen.

Externale Verhaltensstörungen mit aggressiven und dissozialen Symptomen

- Diagnostisch meist erfasst unter
 - ICD-10: F 90.1 als hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens
- oder
 - ICD-10: F 91 als Störungen des Sozialverhaltens mit oder ohne Bindungsstörung

Bei leichtem Ausprägungsgrad sind diese im Rahmen des gleichen multimodalen Interventionskonzeptes wie bei hyperkinetischen Störungen ohne Komorbidität zu behandeln.

Bei stärkerem Ausprägungsgrad sind intensivere psychotherapeutische und/oder sozialpsychiatrische Interventionen angezeigt.

Entwicklungsstörungen

Bei Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S treten gehäuft auch (zumeist umschriebene) Entwicklungsstörungen auf:

- Entwicklungsstörungen gemäß ICD 10: F 8
- internale emotional-affektive Störungen mit Angst und/oder Depressivität gemäß ICD-10:
 - F 32
 - F 33
 - F 34
 - F 40 bis F45
 - F91
 - F92
- unwillkürliche motorische und/oder vokale Ticstörungen, einschließlich des Vollbildes eines Tourettesyndroms gemäß ICD-10: F 95

Diese Entwicklungsstörungen gehen jeweils über das im Rahmen des § 73c-Vertrages zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S vorgesehene multimodale Behandlungskonzept hinaus. Sie bedürfen vom Behandlungskonzept abweichende spezifischer psychotherapeutischer und/oder sozialpsychiatrischer Interventionen entsprechend den Leitlinien der Fachgesellschaften (z.B. komorbiditätsentsprechende Einzel- oder Gruppenbehandlung neben den ADHS-spezifischen Behandlungsmodulen des § 73c-Vertrages).

Geistige Behinderung

Gleiches wie bei den Entwicklungsstörungen gilt für den Personenkreis der Kinder und Jugendlichen mit geistiger Behinderung, deren klinisch-psychiatrisches Syndrom meist unter Einschluss der hyperkinetischen Symptomatik unter den psychischen Störungen bei Intelligenzminderung gemäß ICD-10 F 7 erfasst wird.

Versorgungskonzept „ADHS“

ICD-10-Diagnosen im Morbi-RSA

Hinsichtlich der Erfassung der zu ADHS komorbiden Störungen im Morbi-RSA sind – entsprechend ihrer auch im Morbi-RSA abgebildeten Häufigkeit – folgende ICD-10-Diagnosen von besonderer Bedeutung:

- F 32 depressive Episoden
- F 33 rezidivierende depressive Störung
- F 92 kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
- F 93 emotionale Störung des Kindesalters als kinderpsychiatrische Korrelate zu den F 32 und F 33 Diagnosen des Jugend- und Erwachsenenalters
- F 50 Essstörungen (z.B. F 50.0 und 50.1 Anorexia nervosa, F 50.2 und 50.3 Bulimia nervosa sowie F 50. Essattacken)

Im Morbi-RSA nicht abgebildet werden trotz eindeutiger komorbider Beziehungen zu ADHS:

- F 40 ff. Angst-, Belastungs- und Zwangsstörungen
- F 80 umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
- F 81 umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
- F 82 umschriebene Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen
- F 83 kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen
- F 84 tiefgreifende (autistische) Entwicklungsstörungen
- F 95 Ticstörungen

Vgl. hierzu auch:

- Leitlinien der Fachgesellschaften
- „Hyperkinetische Störungen“
Döpfner et al; Göttingen, Bern, Toronto, Seattle; 2000

Hinweis: Der Antrag kann nur von dem für den Behandlungsplan verantwortlichen Koordinator des AD(H)S-Teams gestellt werden

Versorgungskonzept „ADHS“

Anlage 11

Anzeige besonderer Behandlungsbedarf

Anzeige

der Abrechnung eines besonderen Behandlungsbedarfs im Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS gemäß § 73 c SGB V zwischen der KBV, der KV Baden-Württemberg und der BKK VAG Baden-Württemberg

Behandlungsquartale

Diagnose:

ICD-Code

F 90.0 G

F 90.1 G

F 90.8 G

F 90.9 G

Angaben zur Praxis des Koordinators:

Titel / Name des Vertragsarztes / -psychotherapeuten:

..... BSNR :

Berufsausübungsgemeinschaft / MVZ:

Straße: PL, Ort:

Telefon: E-Mail:

Die Anzeige gilt für vier Quartale ab Eingang der Anzeige bei der KVBW.

Ich erkläre hiermit, dass der vertraglich vorgesehene Behandlungsbedarf für die Behandlung des oben genannten Patienten nicht ausreicht.

Versorgungskonzept „ADHS“

Behandlungsplan für die oben genannten Quartale:

Der Fragebogen zum multiaxialen Klassifikationssystem ist als Anlage beizufügen.

Es ist mir bekannt, dass diese Anzeige zur Abrechnung eines besonderen Behandlungsbedarfs für das AD(H)S-Team eine Ausnahmeregelung darstellt und die Regelung zuerst auf ein Jahr begrenzt ist, sowie dass diese Ausnahmeregelung pro Quartal nur für einen Patienten bzw. für bis zu maximal 5% der jeweils vom Fallkoordinator betreuten Versicherten, die am Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS teilnehmen, gewährt werden kann.

Hinweise:

- Die Anzeige ist im Original unterschrieben einzureichen.
- Die Einreichung per Fax oder per Email ist nicht zulässig.
- Die KVBW nimmt die Anzeigen entgegen und legt diese dem AD(H)S-Vertragsausschuss vor.
- Die KVBW informiert den Koordinator über die Freischaltung der Obergrenze.
- Die erhöhte Jahresobergrenze beträgt 2400 € und gilt ab dem Quartal des Eingangs der Anzeige.

Ort/Datum	Unterschrift	Vertragsarztstempel
-----------	--------------	---------------------

Bitte zurücksenden an:
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Stuttgart
Geschäftsbereich Qualitätssicherung
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Ansprechpartnerin:
Frau Ina Berg
Tel.: 0711 78 75-3291

Versorgungskonzept „ADHS“

Anlage 12

Verzeichnis der teilnehmenden Krankenkassen

Die jeweils aktuelle Liste der teilnehmenden Krankenkassen finden Sie unter www.kvbawue.at. – Praxisalltag –
Neue Versorgungsformen – 73c-Verträge – ADHS/ADS.