

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
Abteilung Genehmigung  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg

## Checkliste für einen Netzverbundvertrag

Diese Vertrags- Checkliste dient zur Erfassung eines Netzverbundvertrages. Die Anforderungen an einen Netzverbundvertrag sind im § 6 der KSVPsych-RL geregelt.

Die Abrechnung von Leistungen ist ausschließlich auf Basis eines gültigen Vertrages und nach Erteilung einer Genehmigung durch die KV Hamburg möglich!

### *Mindestinhalte schriftlicher Netzverbundvertrag:*

Inhalt	Beschreibung	Check
Benennung der Netzmitglieder einschließlich der erforderlichen Qualifikationen (§ 3 Abs. 2)	<ol style="list-style-type: none"><li>Fachärztinnen und Fachärzte für<ol style="list-style-type: none"><li>Psychiatrie und Psychotherapie,</li><li>Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,</li><li>Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie,</li></ol></li><li>Ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie</li><li>Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie</li></ol>	<input type="checkbox"/>
Mindestgröße 10 Netzmitglieder	<ol style="list-style-type: none"><li>Mind. 4 Fachärztinnen und Fachärzte für<ol style="list-style-type: none"><li>Psychiatrie und Psychotherapie oder</li><li>Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder</li><li>Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie,</li></ol></li><li>Mind. 4 ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten</li></ol>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bestimmung des Bezugsarztes bzw. Bezugspsychotherapeut	<ol style="list-style-type: none"><li>Mindestens einer mit den oben vorgegebenen Qualifikationen und vollem Versorgungsauftrag / Vollzeitstelle</li><li>Regelung nach § 4 Abs. 2: Art und Weise der Bestimmung des Bezugsarztes nach Eingangssprechstunde und differenzialdiagnostischer Abklärung</li></ol>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Inhalt	Beschreibung	Check
Zulässigkeit Zusammenschluss berufsrechtlich und leistungsrechtlich	1) Rechtsform  2) Vereinbarungen zum Tätigwerden nach außen (z.B. Mitteilungspflichten ggü. KVH nach § 3 Abs. 9, 10 )	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
Bestimmung Region	Hamburg	
Pflichtregelungen im Netzverbund	Geeignete Organisation und Infrastruktur (zur Gewährleistung kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung):  • Koordinierende nichtärztliche Person erfüllt Anforderungen nach § 5	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeitnahe Eingangssprechstunde</li> <li>• Differenzialdiagnostische Abklärung nach sieben Werktagen</li> <li>• Zeitnaher Behandlungsbeginn</li> <li>• Einheitliche Patientenkommunikation</li> <li>• Einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation</li> <li>• Elektronische Kommunikation</li> <li>• Krisenbetreuung</li> <li>• Regelung zur Terminfindung</li> <li>• Patientenorientierte Fallbesprechungen</li> <li>• QM-Verfahren</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## Weitere Mindeststrukturanforderungen an den Netzverbund

Inhalt	Beschreibung	Check
Kooperation mit einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Verpflichtender Kooperationsvertrag mit Krankenhaus der Pflichtversorgung in der Region (Hamburg)</li> <li>2) Angestrebte Kooperation mit einem Krankenhaus mit psychosomatischer Kompetenz</li> <li>3) Bei Behandlung von Patienten mit Erkrankung durch psychotrope Substanzen muss ein Krankenhaus eine qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen durchführen können (§ 3 Abs. 8)</li> </ol>	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>
Kooperation mit weiteren Leistungserbringern	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) mindestens einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V oder</li> <li>b. der Soziotherapie gemäß § 132b SGB V oder</li> <li>c. für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege (Vertrag gemäß § 132a Absatz 4 SGB V)</li> </ol> </li> </ol> <p>Optionale, nicht verpflichtende Benennung: Einbezug zusätzlicher Leistungserbringer nach § 3 Abs. 4</p>	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>
Mitteilung über Erreichbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• An KV Hamburg</li> <li>• An zuständige Landeskrankenhausgesellschaft</li> </ul>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>