



Arztstempel, Krankenhausstempel

## Antrag zur Teilnahme an der Versorgung nach der KSVPsych-Richtlinie

### Allgemeine Hinweise:

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus

### Angaben zum Netzwerk

Der Netzwerkverbund ist ein vertraglicher Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer einer Region. Die Versorgungsregion des Netzwerkverbundes soll ein zusammenhängendes Gebiet sein, das durch seine Ausdehnung eine kooperative Berufsausübung nicht hindert.

Name des Netzwerkverbundes

Rechtsform

Antragsteller\* (Name, Vorname)

Ansprechpartner für Rückfragen:

\_\_\_\_\_  
Name, Telefonnummer, E-Mail

\_\_\_\_\_  
Adresse

### \* Hinweis

Jeglicher Schriftverkehr zur Antragstellung erfolgt zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Antragsteller. Die Erteilung der Genehmigung wird ausschließlich dem Antragsteller des Netzwerkverbundes zugesandt, dieser muss die Mitglieder des Verbundes darüber in Kenntnis setzen.

## Netzverbundmitglieder (§3 Abs. 2 KSVPsych-RL)

Der Netzverbund ist ein vertraglicher Zusammenschluss von mind. zehn Ärzten sowie Psychotherapeuten zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern einer Region.

Netzverbundmitglieder können: Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sowie Fachärzte für Neurologie sein.

Im Netzverbund müssen

mind. vier Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie

LANR	Netzverbundmitglied (Name des Arztes)	BSNR	Betriebsstätte (Straße, PLZ, Ort)	Fachgruppe	Bezugsarzt/ Bezugspsycho- therapeut
					<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"/>
					<input type="checkbox"/>

Sofern die hier aufgeführten Felder nicht ausreichen, fügen Sie diesem Antrag eine gesondere Liste bei.

## Koordinationspersonen (§ 5 KSVPsych-RL)

**Durch folgende Berufsgruppen kann die Koordination der Versorgung der Patienten erfolgen:**

1. Soziotherapeutische Leistungserbringer, die einen Vertrag zur Erbringung von Soziotherapie nach § 132b SGB V abgeschlossen haben,
2. Zugelassene Ergotherapeuten nach § 124 SGB V,
3. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,
4. Medizinische Fachangestellte,
5. Sozialarbeiter,
6. Sozialpädagogen
7. Pflegefachpersonen,
8. Psychologen

**Die Koordinationspersonen nach den Nummern 4 bis 8 müssen**

**- eine zweijährige Berufserfahrung in der Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen**

**oder**

**- eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen (bsp. die Fortbildung "Neurologie und Psychiatrie" für Medizinische Fachangestellte der Bundesärztekammer) belegt, nachweisen. (Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizulegen)**

Bei der Berufserfahrung können Ausbildungszeiten berücksichtigt werden.

Bei der Berufsgruppe der Pflegefachpersonen unter Nummer 7 sind akademisch ausgebildete Pflegekräfte mit umfasst.

Berufsgruppe	Name der Koordinationsperson	Betriebsstätte/Adresse	Zusatzqualifikation/ Berufserfahrung (bitte Nachweis einreichen)

**Kooperation mit mindestens einem zugelassenen Krankenhaus  
mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene**

Mindestens eines der kooperierenden Krankenhäuser muss in der Region des Netzverbundes für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig sein.

Name des Krankenhauses	Anschrift	für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig
		Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Fachabteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vorhanden

oder

fachärztliche Kompetenz durch

einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

andere: (bitte eintragen) \_\_\_\_\_

**Patienten mit psychischen Erkrankungen durch psychotrope Substanzen sollen nach dieser Richtlinie behandelt werden:**

Ja    bitte Name des Krankenhauses eintragen \_\_\_\_\_

nein

## Kooperation mit mindestens einem Leistungserbringer der Ergotherapie, Soziotherapie oder der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege

Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung ist, dass der Netzwerkverbund Kooperationsverträge mit mindestens einem der nachfolgenden Leistungserbringer abschließt:

- einem Leistungserbringer für Ergotherapie mit einer Zulassung,
- einem Leistungserbringer, der einen Vertrag zur Soziotherapie abgeschlossen hat oder
- einem Leistungserbringer, der einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege abgeschlossen hat.

Name des Leistungserbringer	Berufsgruppe	Anschrift
	<input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Soziotherapie <input type="checkbox"/> Psychiatrische häusliche Krankenpflege	
	<input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Soziotherapie <input type="checkbox"/> Psychiatrische häusliche Krankenpflege	
	<input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Soziotherapie <input type="checkbox"/> Psychiatrische häusliche Krankenpflege	

**Hinweis:** Die entsprechenden Kooperationsverträge sind dem Antrag beizufügen.

## Einbeziehung bei Bedarf

Darüber hinaus sollen zur Adressierung des Versorgungszieles nach § 1 Absatz 3 Nummer 9 KSVPsych-RL bei Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:

1. Sozialpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,
2. Leistungserbringer der Eingliederungshilfe,
3. Leistungserbringer zur Teilnahme am Arbeitsleben,
4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,
5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Menschen mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung,
6. Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen,
7. Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,
8. Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung und
9. Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten.



Wir versichern, dass wir in einem Austausch mit Berufsgruppen und Einrichtungen außerhalb des SGB V treten, diese bei Bedarf einbeziehen und so das in § 1 Nummer 9 KSVPsych-RL formulierte Versorgungsziel verfolgen.

## Einbeziehung weiterer Leistungserbringer

Die Einbeziehung von zusätzlichen Leistungserbringern und bereits behandelnden Ärzten in die Versorgung nach dieser Richtlinie ist vorgesehen. Sollte die Einbeziehung weiterer Leistungserbringer in Betracht kommen, bitten wir Sie, die hierfür auf der Homepage bereitgestellten Meldeformulare zu verwenden.

## Mitteilungspflichten

Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes sowie der Kooperationsvertragspartner sind der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg innerhalb von 3 Monaten mitzuteilen.

Das Unterschreiten der Mindestvoraussetzungen ist der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen, innerhalb von sechs Monaten ist die Widererfüllung der Anforderung an die Mindestvoraussetzungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg nachzuweisen.

Die Netzverbünde teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und der zuständigen Landeskrankenhausesellschaft zur Information der Patienten mit.

## Rechtlicher Hintergrund

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

## Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040 / 22 802 802.

## Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie:

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist
- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag der Praxisaufnahme erbringen und abrechnen dürfen
- dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss
- die Vorgaben zur persönlichen Leistungserbringung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

1. den Mitgliedern des Netzverbundes die Inhalte und Bestimmungen der KSVPsych-RL bekannt sind.
2. die Einhaltung der in § 6 Abs. 1 bis 4 KSVPsych-RL geregelten Aufgaben und Anforderungen durch geeignete Regelungen im Netzverbundvertrag sichergestellt wird.

---

Datum

---

Name in Druckbuchstaben

---

Unterschrift Antragsteller

## Unterschriftenformular zum Antrag zur Teilnahme der Versorgung nach der KSVPsych-Richtlinie

**Hinweis:** Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein

Netzverbund

Datum ab

--	--

Name, Vorname des Antragstellers

--

**Hinweis:** Es sind die Unterschriften **aller** Netzverbundmitglieder erforderlich oder die eines Unterschriftsbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

--

Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Netzverbundmitglieds

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel des Antragstellers