

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 Netzwerk ist ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer einer Region (Netzwerkmitglieder) oder ein zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenes MVZ oder eine örtliche BAG, die unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von psychisch Erkrankten im Sinne des § 2 in der Region gewährleistet.

Name des Netzwerkes

Rechtsform

Antragsteller\* (Name, Vorname)

Ansprechpartner

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 Netzwerkes zugesandt, dieser muss die Mitglieder des Verbandes darüber in Kenntnis setzen.

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

Der Netzverbund ist ein vertraglicher Zusammenschluss von mind. sechs 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, Fachpsychotherapeuten für Erwachsene sowie Fachärzte für Neurologie sein.

Im Netzverbund müssen

mind. zwei Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie (mind. 1 Facharzt/Fachärztin mit einem vollen Versorgungsauftrag) und mind. zwei psychologische Psychotherapeuten, zur Verfügung stehen.

| LANR | Netzverbundmitglied<br>(Name des Arztes) | BSNR | Betriebsstätte<br>(Straße, PLZ, Ort) | Fachgruppe | Bezugsarzt/ Bezugspsycho-<br>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 gesonderte Liste bei.

## Koordinationspersonen (§ 5 KSVPsych-RL)

**Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann nur durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden:**

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

**Für Koordinationspersonen nach den Nummern 4 bis 8 ist entweder**

- eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder
- eine zweijährige Berufserfahrung (einschließlich Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen nachzuweisen. Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

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/<br>Berufserfahrung gem. § 5 Abs. 2 Satz 2<br>(nur für Berufsgruppen Nr. 4-8; bitte<br>Nachweis einreichen) |
|--------------|------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|              |                              |                        |                                                                                                                                 |
|              |                              |                        |                                                                                                                                 |
|              |                              |                        |                                                                                                                                 |
|              |                              |                        |                                                                                                                                 |
|              |                              |                        |                                                                                                                                 |
|              |                              |                        |                                                                                                                                 |
|              |                              |                        |                                                                                                                                 |

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

Die Kooperation soll möglichst mit einem Krankenhaus erfolgen, das in räumlicher Nähe liegt und Erfahrung/Kompetenz bei der Behandlung der entsprechenden Patientengruppe hat.

| Name des Krankenhauses | Anschrift | für die regionale psychiatrische<br>Pflichtversorgung zuständig                                                                 |
|------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        |           | Ja <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> nein <input style="width: 30px; height: 20px;" 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

**Der Nachweis über die bestehende Kooperation mit dem genannten Krankenhaus ist dem Antrag beizufügen.**

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

Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung ist, dass der Netzverbund mit mindestens einem der nachfolgenden Leistungserbringer eine Kooperation eingeht:

- einem Leistungserbringer für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V,
- einem Leistungserbringer, der einen Vertrag zur Sozialtherapie gemäß § 132b SGB V abgeschlossen hat, oder
- einem Leistungserbringer, der einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a Absatz 4 SGB V abgeschlossen hat.

| Name des Leistungserbringer | Berufsgruppe                                                                                                                                        | Anschrift |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|                             | <input type="checkbox"/> Ergotherapie<br><input type="checkbox"/> Sozialtherapie<br><input type="checkbox"/> Psychiatrische häusliche Krankenpflege |           |
|                             | <input type="checkbox"/> Ergotherapie<br><input type="checkbox"/> Sozialtherapie<br><input type="checkbox"/> Psychiatrische häusliche Krankenpflege |           |
|                             | <input type="checkbox"/> Ergotherapie<br><input type="checkbox"/> Sozialtherapie<br><input type="checkbox"/> Psychiatrische häusliche Krankenpflege |           |

**Hinweis: Der Nachweis über die bestehende Kooperation ist dem Antrag beizufügen. Der Nachweis kann durch eine Vereinbarung oder eine schriftliche Erklärung der beteiligten Leistungserbringer erfolgen.**

## Einbeziehung bei Bedarf

Darüber hinaus sollen zur Adressierung des Versorgungszieles nach § 1 Abs. 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 Abs. 3 Nummer 9 KSVPsych-RL formulierte Versorgungsziel verfolgen.

## Einbeziehung weiterer Leistungserbringer

Die Einbeziehung zusätzlicher Leistungserbringer erfolgt gemäß § 3 Abs. 4 KSVPsych-RL. Bereits behandelnde Leistungserbringer können zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung gemäß § 3 Abs. 12 KSVPsych-RL einbezogen werden.

## Mitteilungspflichten

Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes sowie der Kooperationspartner nach § 3 Abs. 3 sind der KV Hamburg mitzuteilen. Bei Netzverbünden, die über die Mindestvoraussetzungen nach § 3 Abs. 2 hinausgehen, sind die Aufnahme neuer Netzverbundmitglieder und das Ausscheiden von Netzverbundmitgliedern innerhalb von drei Monaten mitzuteilen.

Das Unterschreiten der Mindestvoraussetzungen nach § 3 Abs. 2 und 3 ist der KV Hamburg unverzüglich anzuzeigen. Innerhalb von sechs Monaten ist die Wiedererfüllung der Anforderungen an die Mindestvoraussetzungen gegenüber der zuständigen KV Hamburg nachzuweisen.

Die Netzverbünde teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg zur Information der Patientinnen und Patienten sowie der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser im jeweiligen Bundesland mit. Die KVH stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit. Die KVH stellt dieses Verzeichnis außerdem den Landesverbänden der Krankenkassen, Ersatzkassen und der zuständigen Landeskrankengesellschaft zur Verfügung.

## **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)

## **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**

---

**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 Unterschriftenbevollmächtigten. 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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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