

Ausfüllhilfe

Antrag zur Teilnahme an der Versorgung nach der KSVPsych-Richtlinie (für Ihre Unterlagen bestimmt)

Allgemeine Hinweise:

Den Antrag bitte bevorzugt digital ausfüllen und per E-Mail oder Fax einreichen. Bei handschriftlicher Ausfertigung des Antrags bitten wir Sie, die Ausfüllung nur in gut lesbarer Druckschrift vorzunehmen. Beachten Sie zudem die Checkliste sowie die Hinweise im Antragsformular.

Um eine schnellere Bearbeitung Ihres Antrages zu unterstützen, bitten wir Sie, zusätzlich zum Antrag die auf der Homepage bereitgestellte Netzverbundübersicht im Excel-Format einzureichen.

Bitte sehen Sie hierbei von einer Einreichung als PDF-Datei ab, da wir die Daten in diesem Fall nicht weiterverarbeiten können.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein, ohne dadurch eine geschlechtsspezifische Diskriminierung vornehmen zu wollen.

1. Angaben zum Netzwerk

Name des Netzverbundes	Der Name des Netzverbundes kann von Ihnen frei gewählt werden oder alternativ im Netzwerkvertrag festgehalten werden. Die Wahl eines Namens, welcher Unterscheidungskraft besitzt, wird empfohlen.
Rechtsform	Die Rechtsform des Netzverbundes kann ebenfalls im Netzwerkvertrag festgelegt werden oder kann sich aufgrund von rechtlichen Bestimmungen ohne Festlegung einer Rechtsform ergeben. Die Angabe ist nicht verpflichtend und kann insbesondere dann, wenn ein vertretungsbefugter Ansprechpartner benannt ist, entfallen.
Ansprechpartner	<p>Um im Rahmen des Antragsverfahrens eine unkomplizierte und schnelle Kommunikation zu gewährleisten, bitten wir Sie, einen Ansprechpartner zu benennen, welchen wir bei Fragen oder zwecks Nachreichung fehlender Unterlagen kontaktieren können. Hierbei ist zu beachten, dass der Ansprechpartner vertretungsbefugt oder durch die Netzwerkmitglieder bevollmächtigt sein muss.</p> <p>Über die Vertretungsbefugnis bzw. die Vollmacht ist ein schriftlicher Nachweis einzureichen, sofern sich die Vertretungsbefugnis nicht aus gesellschaftsrechtlichen Vorschriften oder dem Netzwerkvertrag selbst ergibt.</p>

2. Netzwerkmitglieder

Netzwerkmitglied	Bitte hier angeben, ob es sich bei dem Netzwerkmitglied um ein Institut (z.B. MVZ) oder einen Vertragsarzt handelt. Beachten Sie hierbei, dass lediglich an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringer Netzwerkmitglieder sein können. Ein Institut zählt hierbei lediglich als ein Netzwerkmitglied, unabhängig von der Anzahl der angestellten und benannten Ärzte. Auch bei der Benennung eines Institutes als Netzwerkmitglied ist der Name mindestens eines Arztes, welcher einer der benannten Fachgruppen angehört, anzugeben.
Name der Institution	Der Name der Institution ist nur dann anzugeben, wenn die Institution selbst Netzwerkmitglied ist.
Tätigkeitsort	Bitte geben Sie hier den Standort an, an welchem die Leistungen nach der KSVPsych-RL erbracht werden. Die Angabe mehrerer Standorte ist möglich.
Fachgruppe	<p>Bitte tragen Sie hier ein, ob es sich bei dem Netzwerkmitglied um einen Facharzt oder einen Psychotherapeuten handelt. Der Facharztstitel ist zwingend anzugeben. Bei Instituten ist die Angabe für den angestellten Arzt erforderlich.</p> <p>Bitte fügen Sie für die jeweiligen Netzwerkmitglieder, welche nicht im Arztregister der KV Hessen eingetragen sind oder in Hessen zur vertragsärztlichen Tätigkeit ermächtigt sind, einen Nachweis in Form einer Kopie der Facharzturkunde oder eines Auszuges über die Eintragung im Arztregister bei.</p>
Netzwerkvertrag	Der Netzwerkvertrag ist der KV Hessen zwingend im Rahmen des Genehmigungsverfahrens vorzulegen (vgl. § 3 Abs. 9 KSVPsych-RL). Bitte beachten Sie hierbei unsere auf der Homepage bereitgestellte Datei zu den Mindestinhalten des Netzwerkvertrages. Der Netzwerkvertrag dient der Überprüfung der Einhaltung der in § 6 Abs.

1-3 KSVPsych-RL geregelten Aufgaben und Anforderungen (vgl. § 6 Abs. 4 KSVPsych-RL)

3. Kooperation mit mindestens einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene

Bitte geben Sie hier mindestens ein kooperierendes Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene an und fügen Sie den Kooperationsvertrag dem Antrag bei (vgl. § 3 Abs. 9 KSVPsych-RL). Von den kooperierenden Krankenhäusern muss mindestens eines für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig sein.

4. Bezugsärzte und Bezugspsychotherapeuten

Voraussetzungen

Bezugsbehandler müssen die im Antrag aufgeführten Voraussetzungen erfüllen. Die Angabe mindestens eines Bezugsbehandlers ist zwingend erforderlich.

Sofern der Bezugsbehandler im Arztregister Hessen eingetragen ist, ist ein Nachweis über den vollen vertragsärztlichen Versorgungsauftrag nicht erforderlich. Für angestellte Ärzte, insbesondere für Krankenhausärzte ist als Nachweis für die Vollzeitätigkeit die Anlage 1 zum Antrag (Erklärung des Trägers oder Praxisinhabers) einzureichen.

Für nicht im Arztregister eingetragene Ärzte und Psychotherapeuten ist zudem ein Nachweis über das jeweilige Fachgebiet in Form einer Kopie der Urkunde beizufügen. Hierbei ist für Fachärzte die Facharzturkunde und für psychologische Psychotherapeuten die Approbationsurkunde einzureichen. Bitte sehen Sie vom Zusenden der Approbationsurkunde für Fachärzte ab, da diese nicht benötigt wird.

Name der Koordinationsperson

Der Bezugsbehandler muss in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 5 Absatz 2 KSVPsych-RL (Koordinationsperson) zu delegieren. Aus diesem Grund ist zwingend eine dem Bezugsbehandler zugeordnete Koordinationsperson zu benennen. Eine Koordinationsperson kann mehreren Bezugsbehandlern zugeordnet sein.

5. Koordinationspersonen

Berufsgruppe

Bitte tragen Sie hier die jeweilige Berufsgruppe der Koordinationsperson ein. Beachten Sie hierbei, dass die unter Punkt 5. des Antrages genannten Berufsgruppen abschließend sind.

Tätigkeitsort

Bitte tragen Sie hier den Leistungsort ein (siehe oben).

Zusatzqualifikation/
Berufserfahrung

Für die Berufsgruppen der Ziffern 4-8 der im Antrag unter Nummer 5 genannten Berufsgruppen ist ein zusätzlicher Nachweis einer einschlägigen zweijährigen Berufserfahrung oder einer fachspezifischen Zusatzqualifikation einzureichen. Die Zusatzqualifikation soll Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen (beispielsweise die Fortbildung „Neurologie und Psychiatrie“ für Medizinische Fachangestellte der Bundesärztekammer) belegen. Bitte tragen Sie hier ein, welche Berufserfahrung bzw. Zusatzqualifikation vorliegt und fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.

Sie können in konkreten Einzelfällen beim Team Bedarfsprüfung der KVH per E-Mail erfragen, ob die jeweilige Zusatzqualifikation bzw. die jeweilige Berufserfahrung als ausreichend erachtet wird.

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

Der Abschluss eines Kooperationsvertrages mit mindestens einem der im Antrag aufgeführten Leistungserbringern ist zwingend erforderlich. Bitte reichen Sie den Kooperationsvertrag ein, da dieser gemäß § 3 Abs. 9 der KSVPsych-RL der KVH zur Prüfung vorzulegen ist. Weiterhin ist ein Nachweis über den Abschluss eines Vertrages gemäß § 132 b SGB V für Leistungserbringer der Soziotherapie sowie ein Nachweis über den Abschluss eines Vertrages nach 132 a Absatz 4 SGB V für Leistungserbringer der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege beizufügen.

7. Kooperation mit einem Krankenhaus, das über psychosomatische Kompetenzen verfügt

Die Kooperation mit einem Krankenhaus, das über psychosomatische Kompetenzen verfügt ist fakultativ. Die Kooperation sollte angestrebt werden, ist jedoch keine zwingende Voraussetzung für den Erhalt einer Genehmigung. Sofern eine Kooperation vorliegt, reichen Sie bitte den Kooperationsvertrag ein.

Psychosomatische Kompetenz

Die psychosomatische Kompetenz kann in Form einer spezifischen Fachabteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vorliegen oder aber eine entsprechende fachärztliche Kompetenz, z. B. durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Die Angabe weiterer fachärztlicher Kompetenzen ist möglich. Hierbei wird im Einzelfall geprüft, ob dies als ausreichend zu erachten ist. Für Krankenhausärzte ist die entsprechende Facharzturkunde beizufügen. Zusätzlich ist der Name des jeweiligen Arztes aufzuführen. Die Benennung mehrerer Fachärzte ist möglich.

8. Kooperation mit einem Krankenhaus, welches eine qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen durchführen kann

Eine Kooperation ist lediglich dann zwingend erforderlich, wenn Patienten mit psychischen Erkrankungen durch psychotrope Substanzen nach dieser Richtlinie behandelt werden. In allen anderen Fällen entfällt die Angabe. Sofern eine solche Kooperation vorliegt, reichen Sie bitte den Kooperationsvertrag ein. Als Nachweis über die Möglichkeit der Durchführung einer qualifizierten Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen ist eine schriftliche und unterschriebene Zusicherung des Krankenhauses ausreichend.

Unterschrift

Der Antrag kann nur durch eine Person unterzeichnet werden, welche berechtigt ist, den Netzverbund zu vertreten. Sofern der unter Ziffer 1 angegebene Ansprechpartner über eine Vertretungsbefugnis verfügt, kann der Antrag auch vom benannten Ansprechpartner unterzeichnet werden.