

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-584  
Fax: 030 / 31 003-50730  
E-Mail: [QS-Team-4@kvberlin.de](mailto:QS-Team-4@kvberlin.de)

Praxisstempel

### Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen für die Komplexversorgung schwer psychisch kranker Versicherter (Erwachsene) i. R. e. Netzverbundes

gemäß 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) in der jeweils gültigen Fassung

Netzverbund	
Name	
Ansprechpartner für das Genehmigungsverfahren	
Vor- und Nachname	Adresse
Telefon	E-Mail

Entsprechende nachfolgende Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist.

<input type="checkbox"/>	Bevollmächtigung des Ansprechpartners
<input type="checkbox"/>	Arztregisterauszug für Netzverbundmitglieder, die außerhalb des KV-Bezirks Berlin tätig sind
<input type="checkbox"/>	Facharzturkunden für Netzverbundmitglieder, die nicht im Arztregister eingetragen sind (z. B. Angestellte in Krankenhäusern)
<input type="checkbox"/>	Netzverbundvertrag, der von allen Netzverbundmitgliedern unterschrieben wurde bzw. Netzverbundverträge der einzelnen Netzverbundmitglieder
<input type="checkbox"/>	Kooperationsvertrag mit mindestens einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene
<input type="checkbox"/>	Facharzturkunden der bei den kooperierenden Krankenhäusern angestellten Bezugspersonen
<input type="checkbox"/>	Nachweis für die den zuständigen Berufsgruppen nach § 5 Abs. 2 S. 1 Nr. 4 - 8 KSVPsych-RL zugehörigen Koordinationspersonen über die fachspezifische Zusatzqualifikation oder die zweijährige Berufserfahrung in der Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen
<input type="checkbox"/>	Kooperationsvertrag mit mindestens einem Leistungserbringer der Ergotherapie, Sozialtherapie oder der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege
<input type="checkbox"/>	Ggf. Nachweis über psychosomatische Kompetenzen des kooperierenden Krankenhauses (z. B. Fachabteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Nachweis über fachärztliche Kompetenz, wie z. B. Facharzturkunde) sowie den Kooperationsvertrag

<b>Teilnahmeberechtigte Leistungserbringer gemäß § 3 KSVPsych-RL</b>			
<input type="checkbox"/> Zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringer gemäß § 3 Absatz 2 KSVPsych-RL			
Vorname, Nachname Netzverbundmitglied	Facharztgruppe	BSNR	LANR
<input type="checkbox"/> Kooperationsvertrag mit mindestens einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene gemäß § 3 Absatz 3 S. 1 Nr. 1 KSVPsych-RL			
Name Krankenhaus	für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig		
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Kooperation mit Leistungserbringer gemäß § 3 Absatz 3 S. 1 Nrn. 2 - 4 KSVPsych-RL			
Vor-, Nachname Leistungserbringer	Ergotherapie § 124 SGB V	Soziotherapie § 132b SGB V	Psychiatrische häusliche Krankenpflege § 132a Absatz 4 SGB V
	<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"/>	<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"/>	Kooperationsvertrag mit einem Krankenhaus, das über psychosomatische Kompetenzen verfügt, gemäß § 3 Absatz 3 S. 3 KSVPsych-RL (bei Bedarf)		
<input type="checkbox"/>	Kooperationsvertrag mit einem Krankenhaus, das eine qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen durchführen kann, gemäß § 3 Absatz 8 KSVPsych-RL (bei Bedarf)		
Sofern es weitere teilnahmeberechtigte Leistungserbringer gibt, diese bitte auf einem gesonderten Blatt in gleicher Weise kennzeichnen und zum Antrag beilegen.			



**Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut gemäß § 4 KSVPsych-RL**

Zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringer gemäß § 3 Absatz 2 KSVPsych-RL

Vor, Nachname Bezugsperson	Versorgungsauftrag	Status	Facharztgruppe*
	<input type="checkbox"/> voller Versorgungs- auftrag bzw. Vollzeit- tätigkeit (Anstellung) liegt vor  <input type="checkbox"/> Delegation an nicht- ärztliches Personal gewährleistet	<input type="checkbox"/> Netzverbund- mitglied  <input type="checkbox"/> Angestellter des Netzverbund- mitglieds	<input type="checkbox"/> FA für Psychiatrie u. Psychotherapie  <input type="checkbox"/> FA für Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie  <input type="checkbox"/> FA für Nervenheilkunde / Neurologie u. Psychiatrie  <input type="checkbox"/> Ärztlicher oder psycholo- gischer Psychotherapeut
	<input type="checkbox"/> voller Versorgungs- auftrag bzw. Vollzeit- tätigkeit (Anstellung) liegt vor  <input type="checkbox"/> Delegation an nicht- ärztliches Personal gewährleistet	<input type="checkbox"/> Netzverbund- mitglied  <input type="checkbox"/> Angestellter des Netzverbund- mitglieds	<input type="checkbox"/> FA für Psychiatrie u. Psychotherapie  <input type="checkbox"/> FA für Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie  <input type="checkbox"/> FA für Nervenheilkunde / Neurologie u. Psychiatrie  <input type="checkbox"/> Ärztlicher oder psycholo- gischer Psychotherapeut
	<input type="checkbox"/> voller Versorgungs- auftrag bzw. Vollzeit- tätigkeit (Anstellung) liegt vor  <input type="checkbox"/> Delegation an nicht- ärztliches Personal gewährleistet	<input type="checkbox"/> Netzverbund- mitglied  <input type="checkbox"/> Angestellter des Netzverbund- mitglieds	<input type="checkbox"/> FA für Psychiatrie u. Psychotherapie  <input type="checkbox"/> FA für Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie  <input type="checkbox"/> FA für Nervenheilkunde / Neurologie u. Psychiatrie  <input type="checkbox"/> Ärztlicher oder psycholo- gischer Psychotherapeut



Vor, Nachname Bezugsperson	Versorgungsauftrag	Status	Facharztgruppe*
	<input type="checkbox"/> voller Versorgungs- auftrag bzw. Vollzeit- tätigkeit (Anstellung) liegt vor <input type="checkbox"/> Delegation an nicht- ärztliches Personal gewährleistet	<input type="checkbox"/> Netzverbund- mitglied <input type="checkbox"/> Angestellter des Netzverbund- mitglieds	<input type="checkbox"/> FA für Psychiatrie u. Psychotherapie <input type="checkbox"/> FA für Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie <input type="checkbox"/> FA für Nervenheilkunde / Neurologie u. Psychiatrie <input type="checkbox"/> Ärztlicher oder psycholo- gischer Psychotherapeut
	<input type="checkbox"/> voller Versorgungs- auftrag bzw. Vollzeit- tätigkeit (Anstellung) liegt vor <input type="checkbox"/> Delegation an nicht- ärztliches Personal gewährleistet	<input type="checkbox"/> Netzverbund- mitglied <input type="checkbox"/> Angestellter des Netzverbund- mitglieds	<input type="checkbox"/> FA für Psychiatrie u. Psychotherapie <input type="checkbox"/> FA für Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie <input type="checkbox"/> FA für Nervenheilkunde / Neurologie u. Psychiatrie <input type="checkbox"/> Ärztlicher oder psycholo- gischer Psychotherapeut
	<input type="checkbox"/> voller Versorgungs- auftrag bzw. Vollzeit- tätigkeit (Anstellung) liegt vor <input type="checkbox"/> Delegation an nicht- ärztliches Personal gewährleistet	<input type="checkbox"/> Netzverbund- mitglied <input type="checkbox"/> Angestellter des Netzverbund- mitglieds	<input type="checkbox"/> FA für Psychiatrie u. Psychotherapie <input type="checkbox"/> FA für Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie <input type="checkbox"/> FA für Nervenheilkunde / Neurologie u. Psychiatrie <input type="checkbox"/> Ärztlicher oder psycholo- gischer Psychotherapeut

\*Ist ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V Kooperationsvertragspartner, kann auch solch ein Facharzt oder ein Psychotherapeut Bezugsarzt oder -psychotherapeut sein.

Sofern es weitere Bezugspersonen gibt, diese bitte auf einem gesonderten Blatt in gleicher Weise kennzeichnen und zum Antrag beilegen



#### **Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung gemäß § 5 KSVPsych-RL**

- Die Koordination der Versorgung der Patienten nach § 10 erfolgt durch nichtärztliche Person/en und wird durch eine bzw. mehrere der folgenden Berufsgruppen ausgeübt:
  - Soziotherapeutische Leistungserbringer, die einen Vertrag zur Erbringung von Soziotherapie nach § 132b SGB V abgeschlossen haben
  - Zugelassene Ergotherapeuten nach § 124 SGB V
  - Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben
  - Medizinische Fachangestellte\*
  - Sozialarbeiter\*
  - Sozialpädagogen\*
  - Pflegefachpersonen\*
  - Psychologen\*

\*Für diese Berufsgruppen wird der Nachweis einer fachspezifischen Zusatzqualifikation mit Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen vorausgesetzt.

## **VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE**

Es wird versichert, dass den rechtlichen Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird.

Folgenden Mitteilungspflichten wird nachgekommen:

- Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes sowie der Kooperationsvertragspartner sind der KV Berlin innerhalb von 3 Monaten mitzuteilen, gemäß § 3 Abs. 9 KSVPsych-RL
- Das Unterschreiten der Mindestvoraussetzungen nach § 3 Abs. 2 und 3 der KSVPsych-RL ist der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin unverzüglich anzuzeigen. Innerhalb von sechs Monaten ist die Wiedererfüllung der Anforderung an die Mindestvoraussetzungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin nachzuweisen, gemäß § 3 Abs. 10 KSVPsych-RL
- Die Netzverbünde teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Patienten mit, gemäß § 3 Abs. 11 KSVPsych-RL.

Die Einhaltung der in § 6 Abs. 1 bis 3 KSVPsych-RL geregelten Aufgaben und Anforderungen ist durch geeignete Regelungen im Netzverbundvertrag sicherzustellen.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von qualitätsgesicherten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung oder Ergänzung daran der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, Abteilung Qualitätssicherung, unverzüglich mitgeteilt.

Der Netzverbund ist mit seiner Veröffentlichung auf der Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin einverstanden.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung i. V. m. § 87b SGB V und der KSVPsych-RL. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Anerkennung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller