

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbwue.de oder qs-genehmigung@kvbw.kim.telematik

Antrag

auf Teilnahme an der psychiatrischen und psychotherapeutischen Komplexversorgung

Name des Netzverbundes:

Name



Region des Netzverbundes

Region

Erläuterungen zum Antragsformular sind in der Ausfüllanleitung zu finden

Ansprechpartner:

Name

Vorname

Anschrift

Funktion

E-Mail

Telefon

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link: www.kvbwue.de/komplexversorgung

I. Netzverbund (§ 3 Abs. 2 KSVPsych-RL)

- Die Netzverbundmitglieder haben sich für die Versorgung gemäß KSVPsych-RL zu einem Netzverbund zusammengeschlossen. **Die Netzverbundmitglieder sind in der Anlage zu diesem Antrag unter I. Netzverbundmitglieder eingetragen.**
 - Die Netzverbundmitglieder haben einen Netzverbundvertrag geschlossen.
 - oder
 - Der Netzverbund gründet sich auf einseitigen Erklärungen der Mitglieder.

Hinweis: Der Netzverbundvertrag oder die Beitrittserklärungen der einzelnen Mitglieder zum Netzverbund sind dem Antrag beizufügen.

II. Kooperation mit mindestens einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene (§ 3 Abs. 3 KSVPsych-RL)



- Der Netzverbund hat Kooperationsvereinbarungen mit einem Krankenhaus/mehreren Krankenhäusern der Region geschlossen. **Die Krankenhäuser sind in der Anlage zu diesem Antrag unter II. Kooperation Krankenhäuser eingetragen.**

Hinweis: Die entsprechenden Kooperationserklärungen sind dem Antrag beizufügen.

oder

- Die Kooperation mit einem Krankenhaus konnte trotz intensiver Bemühungen nicht erreicht werden.

Hinweis: Die Nachweise über die Kooperationsangebote an die infrage kommenden Krankenhäuser sind dem Antrag beizufügen. Ferner ist die Dokumentation der jederzeitigen Krisenbetreuung beizufügen.

III. Kooperation mit mindestens einem Leistungserbringer der Ergotherapie, Soziotherapie oder der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (§ 3 Abs. 3 KSVPsych-RL)

- Der Netzverbund hat Kooperationsvereinbarungen mit einem Leistungserbringer/mehreren Leistungserbringern geschlossen. **Die Leistungserbringer sind in der Anlage zu diesem Antrag unter III. Kooperation Leistungserbringer eingetragen.**

Hinweis: Die entsprechenden Kooperationserklärungen sind dem Antrag beizufügen.

IV. Koordinationsperson (§ 5 KSVPsych-RL)

- Der Netzverbund gewährleistet, dass die Koordination der Versorgung der Patienten von Fachkräften folgender Berufsgruppen übernommen wird:
- Soziotherapeuten (mit Zulassung nach § 132b SGB V)
 - Ergotherapeuten (mit Zulassung nach § 124 SGB V)
 - Leistungserbringer der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (mit Vertrag nach § 132a SGB V)

Bei nachfolgenden Fachkräften liegt eine fachspezifische Zusatzqualifikation oder eine mind. zweijährige Berufserfahrung in der Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen vor:

- Medizinische Fachangestellte
- Sozialarbeiter
- Sozialpädagogen
- Pflegefachpersonen
- Psychologen

Mehrfachnennungen sind möglich

V. Erklärung des Netzverbundes zu den Pflichtregelungen (§ 6 KSVPsych-RL)



- Der Netzverbund gewährleistet, dass die folgenden organisatorischen Voraussetzungen erfüllt sind und von den Netzverbundmitgliedern umgesetzt werden.
- Die jeweilige Bezugsperson stellt eine telefonische Erreichbarkeit an mind. vier Tagen pro Woche von jeweils mind. 50 Minuten sicher. (Kann auch durch die koordinierende Person erfüllt werden.)
 - Die Eingangssprechstunde nach Überweisung/Empfehlung erfolgt zeitnah.
 - Die differentialdiagnostische Abklärung beginnt zeitnah.
 - Der Behandlungsbeginn erfolgt zeitnah innerhalb des Netzverbunds.
 - Die Befund- und Behandlungsdokumentation erfolgt unter Wahrung der datenschutzrechtlichen und berufsrechtlichen Bestimmungen.
 - Die elektronische Kommunikation erfolgt gemäß den Vorgaben der IT-Sicherheit und des Datenschutzes.
 - Patienten können in Krisen jederzeit betreut werden (kann auch in Kooperation mit ärztlichen Betriebschaftsdiensten oder anderen geeigneten Kooperationspartnern erfolgen)
 - Patientenorientierte Fallbesprechungen werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt (in der Regel sollte dies spätestens einen Monat nach dem Erstkontakt und darauf hin mind. zweimal im Quartal erfolgen). Die beteiligten Leistungserbringer werden einbezogen.
 - QM-Verfahren werden vereinbart und eingehalten.
 - Die Patienten werden umfassend über das Versorgungsangebot informiert. Eine Einwilligung zur Behandlung inklusive Datenschutzerklärung wird eingeholt.
 - Beginn und Ende der Versorgung werden der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsperson mitgeteilt.

Mitteilungspflichten

- Der Netzverbund teilt der KVBW das Angebot sowie die Erreichbarkeit zur Information der Patienten und der zugelassenen Krankenhäuser mit.
- Es wird das Einverständnis erklärt, dass die KVBW Informationen über den Netzverbund in einem Verzeichnis aller Netzverbünde in BW auf ihrer Homepage veröffentlicht und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie der Landeskrankenhausgesellschaft zur Verfügung stellt.

Hinweise

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle erforderlichen Unterlagen (Verträge, Vereinbarungen) der KVBW vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

Sämtlicher Schriftverkehr zur Antragstellung erfolgt zwischen der KVBW und dem Ansprechpartner. Die Genehmigung wird dem Ansprechpartner des Netzverbundes zugesandt. Die einzelnen Netzverbundmitglieder werden nachrichtlich von der KVBW informiert.



Ort, Datum

Name und Unterschrift des vertretungsberechtigten Ansprechpartners

Anlage

zum Antrag auf Teilnahme an der psychiatrischen und psychotherapeutischen Komplexversorgung

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

Bitte tragen Sie nachfolgend die Netzverbundmitglieder ein.

| LANR | Netzverbundmitglied (Name, Vorname) | BSNR | Fachgruppe | Betriebsstätte (Straße, PLZ, Ort) |
|------|--|------|------------|--------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| LANR | Netzverbundmitglied (Name, Vorname) | BSNR | Fachgruppe | Betriebsstätte (Straße, PLZ, Ort) |
|-------------|--|-------------|-------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

II. Kooperation mit mindestens einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene (§ 3 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie nachfolgend die Krankenhäuser ein.

| Name des Krankenhauses | Anschrift | zuständig für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung | qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen kann durchgeführt werden |
|------------------------|-----------|--|---|
| | | <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 |

Krankenhaus, das über psychosomatische Kompetenzen verfügt (§ 3 Abs. 3 Satz 3 KSVPsych-RL)

| | |
|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Fachabteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vorhanden oder fachärztliche Kompetenz durch: <input type="checkbox"/> einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <input type="checkbox"/> andere (bitte eintragen) _____ _____ |
| | Name des Facharztes _____ (bitte entsprechende Facharzturkunde einreichen) |

Hinweis: Die entsprechenden Kooperationserklärungen sind dem Antrag beizufügen.

III. Kooperation mit mindestens einem Leistungserbringer der Ergotherapie, Soziotherapie oder der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (§ 3 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 bis 4 KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie nachfolgend die Leistungserbringer ein.

| Name des Leistungserbringers | Anschrift | Berufsgruppe |
|------------------------------|-----------|--|
| | | <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 |
| | | <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 Kooperationserklärungen sind dem Antrag beizufügen.