

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über Anpassungen der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) im Hinblick auf Inhalte, Struktur und Organisation der KSVPsych-Versorgung

Vom 21. August 2025

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	4
2.1	Anpassungen in Abschnitt A. Allgemeines.....	6
2.1.1	§ 3 Teilhabeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.....	6
2.1.2	§ 4 Bezugärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut.....	12
2.1.3	§ 6 Aufgaben und Organisation des Netzverbundes.....	13
2.2	Anpassungen in Abschnitt B. Patientenversorgung.....	16
2.2.1	§ 8 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung.....	16
2.2.2	§ 9 Gesamtbehandlungsplan.....	18
2.2.3	§ 11 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs.....	19
3.	Würdigung der Stellungnahmen	20
4.	Bürokratiekostenermittlung	20
5.	Verfahrensablauf	21

1. Rechtsgrundlage

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019, welches am 01. September 2020 in Kraft getreten ist (BGBl I, S. 1604), wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) unter anderem damit beauftragt, bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf nach § 92 Absatz 6b SGB V zu beschließen. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die diagnoseorientiert und leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. In der Richtlinie sind auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung zu treffen. Die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) ist am 2. September 2021 beschlossen worden und am 18. Dezember 2021 in Kraft getreten.

Gemäß § 13 der Richtlinie hat der G-BA innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten der KSVPsych-RL deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität zu evaluieren. In den Tragenden Gründen zu § 13 der Erstfassung der KSVPsych-RL wurde darüber hinaus festgelegt, dass der G-BA sich vorbehält, *„im Rahmen seiner Beobachtungspflicht bereits zwei Jahre nach Inkrafttreten der KSVPsych-RL zu erheben, wie viele Netzverbände bundesweit gegründet wurden, wie ihre bundesweite Verteilung ist, ob es Regionen gibt, in denen eine Gründung von Netzverbänden nicht zustande kam, und wenn dies der Fall ist, welche Faktoren der Gründung entgegenstanden.“* Im Rahmen der Prüfung gemäß § 94 Absatz 1 SGB V des Beschlusses zur Erstfassung der KSVPsych-RL hatte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zudem darauf hingewiesen, dass es davon ausgehe, dass der G-BA im Rahmen seiner gemäß der Verfahrensordnung des G-BA (1. Kapitel, § 7 Absatz 4) bestehenden Beobachtungspflichten bereits vor dieser Frist die Auswirkungen seiner Entscheidungen überprüfen werde, um bereits früher auftretende Umsetzungsprobleme (insbesondere im Rahmen der Regelung in § 4 Absatz 1 zum vollen Versorgungsauftrag der Bezugssärztinnen oder Bezugssärzte und der Bezugspsychotherapeutinnen und Bezugspsychotherapeuten) identifizieren und ggf. nachsteuern zu können¹.

Zudem wurde in der Antwort der Bundesregierung vom 29.06.2022² auf die Kleine Anfrage zur ambulanten Komplexversorgung bei schwer psychisch kranken Versicherten (Drucksache 20/2513) deutlich, dass u.a. auch detaillierte Erkenntnisse zur geschlechtsspezifischen Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an Netzverbänden in die Evaluation einfließen sollten.

Außerdem wird mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung von den approbierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gemäß § 1 Absatz 1 Satz 1 PsychThG künftig eine mindestens fünfjährige Weiterbildung zur Fachpsychotherapeutin bzw. Fachpsychotherapeuten auf einem der Gebiete „Psychotherapie für Erwachsene“ ,

1 Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 SGB V vom 2. September 2021: Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) [online]. Berlin (GER): G-BA; 2021. [Zugriff: 09.12.2024]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8086/2021-09-02_KSVPsych-RL_Erstfassung_BMG.pdf

2 Deutscher Bundestag. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/2230 – Ambulante Komplexversorgung bei schwer psychisch kranken Versicherten. Drucksache 20/2513 [online]. Berlin (GER): Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft; 2022. [Zugriff: 09.12.2024]. URL: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/025/2002513.pdf>

„Psychotherapie für Kinder und Jugendliche“ oder „Neuropsychologische Psychotherapie“ absolviert (Muster-Weiterbildungsordnung Psychotherapeut*innen in der Fassung vom 24. April 2021, zuletzt geändert am 15. und 16. November 2024). Die neue Berufsgruppe wird zusätzlich zu den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten in die KSVPsych-RL aufgenommen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Um den Hinweisen des BMG und der Bundesregierung sowie den Vorgaben des § 13 KSVPsych-RL gerecht zu werden, hat der G-BA am 30. Januar 2024 einen Zwischenbericht zur Evaluation veröffentlicht, in dem erste Daten zu den bis dato gegründeten Netzverbänden und die Ergebnisse einer Befragung der Kassenärztlichen Vereinigungen und beratenden Fachausschüsse zusammengefasst sind³.

In diesem Bericht wurden einerseits erste Strukturdaten zur Umsetzung zu den Stichtagen 1. April und 1. Oktober 2023 und andererseits mögliche Gründe der Nicht-Teilnahme dargestellt.

Die Auswertung der Befragung der teilnahmeberechtigten Fachgruppen (gebündelt über die Mitglieder der Beratenden Fachausschüsse bei den Kassenärztlichen Vereinigungen im Sinne einer Multiplikatorenbefragung) ergab folgende Hinweise:

„Die therapeutische Zielrichtung der Richtlinienversorgung stimmt, bzw. ist gemäß der Fragestellung laut Rückmeldung der befragten Multiplikatoren kein Umsetzungshindernis.

Dagegen werden die Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrages sowie organisatorisch-administrative und strukturelle Anforderungen als Hürden einer flächendeckenden Umsetzung zurückgemeldet. Im Rahmen einer Überarbeitung der Richtlinie werden die Ergebnisse der Evaluation Eingang finden und die Zielsetzung verfolgen, eine vernetzte Versorgung zu befördern“ (Vgl. Zwischenbericht, S. 38)“

Konkret ergaben sich aus dem Bericht insbesondere folgende Aspekte, die eine Teilnahme der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer an der Versorgung nach der KSVPsych-RL erschweren:

- die möglichen Risiken für die eigene Praxis (d. h. Vertragsschlüsse, Haftungsrisiken, Vergütungsweiterleitung),
- der mit einer Teilnahme verbundene formal-bürokratische Aufwand,
- die fehlende Möglichkeit, die Bezugsfunktion in der Versorgung der Patientinnen und Patienten übernehmen zu können sowie
- die Einhaltung der durch die Richtlinie vorgegebenen Fristen für die Patientenversorgung.

Es wird zudem berichtet, dass bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Krankenhäusern mit regionaler Pflichtversorgung eine geringe Bereitschaft bestehe, sich an einem Netzwerk zu beteiligen.

Auf die limitierenden Aspekte der Befragung wurde im Zwischenbericht unter Kapitel 6 eingegangen.

Um mögliche Hindernisse in der Umsetzung der Komplexversorgung abzubauen und eine flächendeckende Umsetzung der Richtlinie zu ermöglichen bzw. zu erleichtern, werden auf Basis der ersten Evaluationsergebnisse mit vorliegendem Beschluss Änderungen der organisatorisch-administrativen und strukturellen Vorgaben vorgenommen. Zentral dabei ist

3 Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung (UA PPV): Rückmeldungserstattung über die Umsetzung der Regelungen zur Bildung von Netzverbänden gemäß der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) nach § 92 Absatz 6b SGB V; Zwischenbericht [online]. Berlin (GER): G-BA; 2024 [Zugriff: 05.12.2024]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5658/2021-09-02_KSVPsych-RL_Erstfassung_Zwischenbericht-Evaluation.pdf

es, die Regulationsintention des Gesetzgebers zur Etablierung einer sektorenübergreifenden Versorgung sowie interdisziplinären Komplexleistung weiterhin zur Grundlage zu machen.

So wird bspw. die Mindestgröße des Netzverbundes reduziert, die vertraglichen Vorgaben zur Netzverbundbildung werden abgeschwächt und die Vorgabe des vollen Versorgungsauftrags als Voraussetzung für die Übernahme der Bezugsfunktion wird gestrichen. Außerdem wird explizit auf die Berücksichtigung der mittlerweile eingeführten elektronischen Patientenakte verwiesen, um die Abstimmung und Information der Netzverbundmitglieder und Kooperationspartner zu erleichtern.

Mit den getroffenen Änderungen sind vor dem Hintergrund der ersten Evaluation maßgebliche Kritikpunkte an der Richtlinie angepasst worden, so dass eine stärkere Dissemination erwartet werden kann. Ungeachtet dieser zu erwartenden Entwicklung wird der Gemeinsame Bundesausschuss auch weiterhin die Entwicklung im Rahmen seiner Beobachtungspflicht nach 1. Kapitel § 5 Absatz 4 Verfo verfolgen und nach einem angemessenen Zeitraum auch die nun hiermit getroffenen Regelungen in seine Evaluation einbeziehen.

2.1 Anpassungen in Abschnitt A. Allgemeines

2.1.1 § 3 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

Zu § 3 Absatz 1:

Absatz 1 Nummer 1 wird angepasst an die in Absatz 2 vorgenommene Erweiterung, dass ein zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenes Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) oder eine örtliche Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) auch allein einen Netzverbund bilden kann. Damit wird ausdrücklich geregelt, dass auch diese bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen grundsätzlich zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind.

Absatz 1 Nummer 2 wird in Folge der Änderung der Absätze 3 und 9 bezüglich der Einbindung der Kooperationspartner angepasst. Um die Anforderungen bei den Kooperationsvorgaben zu reduzieren, wird in Absatz 9 geregelt, dass die Zusammenarbeit mit einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer nach Absatz 3 mittels Vereinbarung oder schriftlicher Erklärung nachgewiesen werden kann. Vor diesem Hintergrund wird in Absatz 1 Nummer 2 auf die Vorgabe des Abschlusses eines Kooperationsvertrages verzichtet.

Zu § 3 Absatz 2 Satz 1:

Absatz 2 Satz 1 wird neu gefasst, um zum einen einem Hinweis aus dem Zwischenbericht zur Evaluation der Richtlinie zu folgen, wonach insbesondere die möglichen Risiken für die eigene Praxis (d. h. Vertragsschlüsse, Haftungsrisiken, Vergütungsweiterleitung) als Hemmnis für die Beteiligung in einem Netzverbund genannt wurde. In Folge der Anpassung der Regelung zum Nachweis der Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (vgl. Absatz 9) wird die Vorgabe einer formellen rechtlichen Bindung in Form eines Netzverbundvertrages für den Zusammenschluss der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden vertragsärztlich zugelassenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gestrichen. Ein Zusammenschluss der Netzverbundmitglieder kann auch weiterhin auf Basis von Vereinbarungen bspw. eines Netzverbundvertrages oder aber in Form von schriftlichen einseitigen Erklärungen erfolgen.

§ 3 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2:

In Absatz 2 Satz 1 wird zum anderen aufgenommen, dass eine örtliche BAG oder ein zugelassenes MVZ ein Netzverbund sein kann, um berufsgruppenübergreifend Patientinnen und Patienten im Sinne dieser Richtlinie in der Region zu versorgen. Unberührt bleibt die Möglichkeit, dass zugelassene MVZs Netzverbundmitglieder nach § 3 Absatz 2 Nummer 1 sein können.

Die vorgenannten Änderungen sollen den Aufbau von Netzverbänden erleichtern und mögliche bürokratische Hürden abbauen.

Zu § 3 Absatz 2 Satz 2:

In § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 wurden bei der Aufzählung der zur Teilnahme am Netzverbund beteiligten Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten, die nach der Muster-Weiterbildungsordnung für Psychotherapeuten*innen die Gebietsbezeichnung der Psychotherapie für Erwachsene haben, ergänzt. Diese neue Berufsgruppe der

Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten wird insoweit zusätzlich zu den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in die KSVPsych-RL aufgenommen. Dies geht auf das am 15. November 2019 beschlossene und am 1. September 2020 in Kraft getretene Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung zurück, mit dem das Gesetz über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz –PsychThG) grundlegend überarbeitet und die Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten reformiert wurde. Ein insgesamt fünfjähriges Direktstudium wird mit einer staatlichen psychotherapeutischen Prüfung abgeschlossen. Die Approbation (Erlaubnis zur Behandlung) wird bei bestandener Prüfung erteilt und befähigt zu einer fachpsychotherapeutischen Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung der zuständigen Landespsychotherapeutenkammer. Die KSVPsych-Richtlinie wird an die einschlägigen Änderungen des Psychotherapeutengesetzes angepasst.

Zu § 3 Absatz 2 Satz 3:

Die Mindestanzahl der im Netzwerk beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wird von zehn auf sechs Mitglieder insgesamt abgesenkt. In einem Netzwerk müssen dabei mindestens zwei statt bisher vier Fachärztinnen und Fachärzte aus den Fachgebieten „Psychiatrie und Psychotherapie“, „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“, „Nervenheilkunde“ oder „Neurologie und Psychiatrie“ sowie mindestens zwei statt bisher vier ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bzw. Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Erwachsene vertreten sein. Die Absenkung der Mindestanforderungen soll die Gründung von Netzwerken erleichtern.

Zu § 3 Absatz 2 Satz 4 und 5:

Um trotz reduzierter Mitgliederzahl im Netzwerk die Stabilität der Versorgung und der bezugsärztlichen oder -psychotherapeutischen Tätigkeit für die Patientin oder den Patienten im Netzwerk zu gewährleisten, wird darüber hinaus festgelegt, dass mindestens eine bzw. einer der genannten Fachärztinnen und Fachärzte über einen vollen Versorgungsauftrag sowie eine bzw. einer der genannten Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten mindestens über einen halben Versorgungsauftrag verfügt. Die bisherige Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrages für die bezugsärztliche Tätigkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erwies sich im ersten Zwischenbericht zur Evaluation als Umsetzungshindernis für die Bildung von Netzwerken, da diese häufig nicht über volle Versorgungsaufträge verfügen (vgl. Ausführungen zu § 4 Absatz 1). Dementsprechend erfolgt hier eine Anpassung.

Die Vorgabe kann auch über eine diesem Umfang entsprechende Anstellungsgenehmigung umgesetzt werden. Für die anderen Netzwerkteilnehmerinnen und -teilnehmer sind mindestens halbe Versorgungsaufträge oder diesem Umfang entsprechende Anstellungsgenehmigungen ausreichend. Damit sollen die Voraussetzungen für die Bildung von Netzwerken weiter vereinfacht werden.

Zu § 3 Absatz 2 Satz 6:

Es handelt sich um eine Folgeanpassung aufgrund der Änderung in § 3 Absatz 2 Nummer 1. Um Netzwerke, die bereits einen Netzwerkvertrag geschlossen haben, nicht zu benachteiligen, wird in diesem Satz klargestellt, dass der Abschluss eines

Netzverbundvertrages weiterhin möglich ist und bestehende Verträge somit nicht ihre Gültigkeit verlieren oder gekündigt werden müssen.

Zu § 3 Absatz 2 Satz 7:

Mit dem Bezug auf § 3 Absatz 2 Satz 2 wird zunächst klargestellt, dass die fachlichen Qualifikationsvoraussetzungen auch für Netzverbände, die aus einer örtlichen BAG oder einem zugelassenen MVZ gebildet werden, gelten.

Die Verpflichtungen für die Netzverbundmitglieder nach dieser Richtlinie gelten entsprechend für das zugelassene MVZ oder die örtliche BAG. Es ist davon auszugehen, dass insbesondere kleinere MVZ-Strukturen bereits einen hohen Vernetzungsgrad erreicht haben, diese Vernetzung ist aber ausschließlich auf die eigene Einrichtung fokussiert. Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll durch die Vernetzung insbesondere verschiedener Einrichtungen (ambulant, stationär, etc.) eine regionale Versorgungsrelevanz erreichen. Für einen Netzverbund bestehend aus einem zugelassenen MVZ oder einer örtlichen BAG gelten daher dieselben Anforderungen wie für einen Netzverbund bestehend aus mehreren Einzelpraxen.

Zu § 3 Absatz 3 Satz 1:

In Absatz 3 werden Regelungen für den Einbezug eines nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses mit psychiatrischer oder psychosomatischer Einrichtung für Erwachsene sowie mindestens einer Leistungserbringerin oder eines Leistungserbringers aus den Bereichen Ergotherapie, Soziotherapie sowie psychiatrischer häuslicher Krankenpflege getroffen. Die Vorgabe, dass diese auf Basis von Kooperationsverträgen einzubeziehen sind, wird in Folge der Anpassung in § 3 Absatz 9 gestrichen, da die Kooperation nunmehr auch in Form von schriftlichen einseitigen Erklärungen nachgewiesen werden kann.

Zu § 3 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1:

Um sicherzustellen, dass eine niedrigschwellige fachliche Zusammenarbeit vor Ort erfolgt, wird die Vorgabe getroffen, dass sich das kooperierende Krankenhaus in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden muss. Eine Spezifizierung der räumlichen Nähe ist nicht erforderlich, da diese in der Bedarfsplanung und durch die Rechtsprechung hinreichend gegeben ist. Mit räumlicher Nähe wird analog zur Prüfung eines lokalen Versorgungsbedarfs bei der allgemeinen fachärztlichen Versorgung eine Erreichbarkeit regelmäßig spätestens innerhalb von einer halben Stunde vorgesehen; dies wurde in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts auch für ausgelagerte Praxisräume hinsichtlich der räumlichen Nähe i.S.d. § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV zum Vertragsarztsitz definiert (vgl. BSG, Ur. v. 6. 4. 2022 – B 6 KA 12/21 R). Dabei ist sicherzustellen, dass in der kooperierenden Klinik entsprechende Kompetenzen bei der Behandlung insbesondere schwer psychisch erkrankter Menschen vorhanden sind.

Zu § 3 Absatz 3 Satz 2:

Die Regelung, wonach zwingend eines der kooperierenden Krankenhäuser in der Region für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig sein muss, wird angepasst, um die Einbindung von Krankenhäusern in die Versorgung nach dieser Richtlinie zu erleichtern. Da für Krankenhäuser mit regionalem psychiatrischen Pflichtversorgungsauftrag unter bestimmten Voraussetzungen eine Aufnahmeverpflichtung besteht und daraus resultierend umfassende Kompetenzen bei der Behandlung schwer psychischer erkrankter Menschen bestehen, sollte

die Kooperation mit dem pflichtversorgenden Krankenhaus in der Region angestrebt werden. Sollte diese jedoch nicht gelingen, ist es möglich, eine Kooperation mit einem anderen Krankenhaus einzugehen.

Zu § 3 Absatz 3 Satz 4 - 5:

Im Rahmen der Evaluation der Richtlinie zeigte sich innerhalb der Befragung der Kassenärztlichen Vereinigungen und beratenden Fachausschüsse, dass knapp die Hälfte der potentiell Teilnehmenden berichtet haben, dass nicht ausreichend Krankenhäuser mit einer regionalen psychiatrischen Pflichtversorgung im Rahmen eines formalen Kooperationsvertrages – oftmals trotz bestehender informeller Kooperationen – bereit waren, am Netzwerk teilzunehmen (vgl. Zwischenbericht, S. 33).

Prinzipiell ist eine Kooperation mit einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene in der Region des Netzverbundes erforderlich; eine Kooperation mit einem Krankenhaus, welches für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig ist, ist anzustreben. Kommt ausnahmsweise trotz nachweislich ernsthafter Bemühungen weder eine Kooperation mit einem Krankenhaus nach § 3 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 in Verbindung mit Satz 2, noch mit einem Krankenhaus gemäß § 3 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 in Verbindung mit Satz 3 zustande, kann die zuständige KV im Rahmen der Prüfung gemäß § 3 Absatz 9 im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen befristet auf zwei Jahre einen Netzwerk bei Erfüllung aller anderen Voraussetzungen der Richtlinie genehmigen. In diesem Fall hat der Netzwerk ein Konzept für die jederzeitige Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen gemäß § 6 Absatz 1 Nummer 8 vorzulegen.

Von einem nachweislich ernsthaften Bemühen ist dann auszugehen, wenn Kooperationsangebote an in Frage kommende Krankenhäuser gerichtet wurden, beispielsweise Gespräche bzw. Informationsveranstaltungen mit diesen Kliniken dazu angeboten wurden bzw. diese stattgefunden haben, und diese nachgewiesen werden können. Im Rahmen der Kooperationsangebote müssen hinsichtlich der Ausgestaltung der Kooperationen mindestens die Zusammensetzung des Netzverbundes, mögliche bereits verfügbare Kooperationspartner nach § 3 Absatz 3 Satz 1 Nr. 2-4, die nach § 6 geplanten Standards und Prozesse und die Möglichkeit der zeitnahen Übernahme von Patientinnen und Patientinnen nach einer stationären Behandlung dargelegt werden. Im Rahmen des Kooperationsangebotes müssen auch konkrete Ansprechpersonen des potentiellen Netzverbundes während einer stationären Behandlung und die Möglichkeit zur Teilnahme des Krankenhauses an Fallbesprechungen nach § 6 Absatz 1 Nummer 10, dargelegt werden. Das Datum und das Ergebnis zu den Kooperationsangeboten ist schriftlich zu vermerken. Diese Vermerke oder entsprechenden Schriftwechsel sind bei Inanspruchnahme der Ausnahmeregelung nach Satz 5 im Rahmen der Genehmigung nach § 3 Absatz 9 nachzuweisen.

Nimmt das Krankenhaus das Angebot nicht an, sollte es diese Ablehnung schriftlich mit Begründung erklären. Im Sinne einer Aufwandsreduktion für die in Gründung befindlichen Netze kann die Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auch durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung erfolgen. Die Rückmeldungen der Krankenhäuser an den Netzwerk sind den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zur Verfügung zu stellen. Über das Format und die Ausgestaltung sollten sich die Beteiligten auf Landesebene verständigen, um passgenaue Prozesse einzurichten.

Zu § 3 Absatz 4 Satz 1:

Diese Änderung stellt eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 3 Absatz 3 dar. Es wird klargestellt, dass es sich bei Kooperationspartnern nicht unbedingt um Kooperationsvertragspartner handeln muss, da die Kooperation auch mit einer schriftlichen einseitigen Erklärung bestätigt werden kann.

Zu § 3 Absatz 4 Satz 2:

Entsprechend der Ergänzung um die Fachpsychotherapeuten in § 3 Absatz 1 Nummer 2 erfolgt eine entsprechende Ergänzung in § 3 Absatz 4 um die Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, die nach der Muster-Weiterbildungsordnung für Psychotherapeuten*innen die Gebietsbezeichnung der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche haben.

Zu § 3 Absatz 4 Satz 3:

Es erfolgt eine Klarstellung, dass von dieser Regelung auch ermächtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, insbesondere diejenigen nach § 31 Absatz 1 Satz 3 und 4 Ärzte-ZV, umfasst sind. Diese Klarstellung erfolgt insbesondere vor dem Hintergrund der zuletzt erfolgten Anpassung der „Zulassungsverordnung für Vertragsärzte“ mit Inkrafttreten vom 15. Februar 2025. Demnach sind Ärztinnen und Ärzte mit einer für die Behandlung erforderlichen abgeschlossenen Weiterbildung vom Zulassungsausschuss auf Antrag zur ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Personen, die intellektuell beeinträchtigt sind, unter einer bestehenden Suchterkrankung leiden oder aufgrund eines erheblich eingeschränkten Funktionsniveaus sozial benachteiligt sind, zu ermächtigen.

Zu § 3 Absatz 6:

In § 3 Absatz 6 erfolgt die Anpassung an den aktuellen Titel der „Musterweiterbildungsordnung für die Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen“ in der Fassung vom 17./18. November 2023, zuletzt geändert am 15. und 16. November 2024 sowie der „Muster-Weiterbildungsordnung Psychotherapeuten*innen“ in der Fassung vom 24. April 2021, zuletzt geändert am 15. und 16. November 2023.

Zu § 3 Absatz 9:

In Absatz 9 sind die Vorgaben zur Prüfung der formalen Voraussetzungen der Netzverbände durch die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung festgelegt. Dies umfasst zum einen den Nachweis über die Erfüllung der in § 3 Absatz 2 geregelten personellen Anforderungen an den Netzwerkverbund und zum anderen den Nachweis der Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 3 Absatz 3. Dieser Nachweis kann, wie bisher vorgesehen, in Form von Vereinbarungen, bspw. in Form eines Netzwerkverbund- bzw. Kooperationsvertrages, oder in Form von schriftlichen einseitigen Erklärungen erfolgen; aus den Nachweisen muss insbesondere eine Zuordnung zum Netzwerkverbund hervorgehen. Im Rahmen der Kooperationsregelungen können Festlegungen getroffen werden, welche Tätigkeiten das Krankenhaus im Rahmen der Versorgung erbringt; so ist es nicht verpflichtend, dass eine bezugsärztliche Tätigkeit erfüllt wird. Vorgesehen sein kann zum Beispiel die

Zusammenarbeit bei Aufnahme und Entlassung von Patientinnen und Patienten sowie die Teilnahme an Fallbesprechungen.

Zu § 3 Absatz 11:

Mit der Änderung in diesem Absatz wird klargestellt, dass die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen das Angebot der Netzverbände und deren Erreichbarkeit im Internet als öffentliches Verzeichnis bereitstellen. Sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften dieses Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Die Übermittlung erfolgt erneut unmittelbar mit jeder relevanten Aktualisierung des Verzeichnisses, mindestens jährlich. Dadurch ist sichergestellt, dass sowohl die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, als auch die zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften bei Änderungen die jeweils aktualisierten Fassungen der Verzeichnisse zeitnah erhalten. Die Netzverbände teilen demnach ihre Erreichbarkeit und ihr Angebot ausschließlich den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen mit.

Zur weiteren Förderung der Information über die bestehenden Netzverbände und der leichteren niedrigschwelligen Kontaktaufnahme mit einem Netzwerk sollen diese Informationen auch der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals bereitgestellt werden.

2.1.2 § 4 Bezugärztin oder Bezugarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

Zu § 4 Absatz 1:

In Absatz 1 Satz 2 wird die Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrages ersetzt durch die Vorgabe eines mindestens halben Versorgungsauftrages und eine Regelung zur telefonischen Erreichbarkeit.

Statt eines halben Versorgungsauftrages ist bei einer oder einem über eine Anstellungsgenehmigung angestellten Fachärztin oder Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeuten, die oder der die Bezugsrolle übernehmen möchte, eine mindestens 50-prozentige Teilzeittätigkeit erforderlich. Dies gilt auch für den Fall, in dem ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V Kooperationspartner des Netzverbundes ist und eine dort tätige Fachärztin oder ein Facharzt oder eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut oder eine Fachpsychotherapeutin oder ein Fachpsychotherapeut Bezugärztin oder Bezugarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein möchte.

Die Bezugärztin oder der Bezugarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut stellt sicher, dass sie oder er an mindestens vier Tagen pro Woche jeweils mindestens 50 Minuten telefonisch erreichbar ist; die Anforderung der Erreichbarkeit kann auch durch die im Gesamtbehandlungsplan benannte koordinierende Person gewährleistet werden. Unberührt bleibt der patientenindividuelle erforderliche Tätigkeitsumfang der nicht ärztlichen koordinierenden Person nach § 5 für ihre Aufgaben nach § 10. Die Erreichbarkeitszeiten der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können entsprechend für die Erreichbarkeitszeit in der bezugsärztlichen oder bezugspsychotherapeutischen Funktion herangezogen werden.

Die Anpassung der Vorgabe in § 4 Absatz 1 adressiert den kooperativen Aspekt des Versorgungsangebotes und soll die Übernahme der Bezugsfunktion auch den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern ermöglichen, die nicht über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen; gleichzeitig verbessert die Vorgabe eines Mindestumfangs für die telefonische Erreichbarkeit die Behandlungskontinuität.

Zu § 4 Absatz 1 Satz 5 Nummer 4:

Entsprechend der Ergänzung um die Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten in § 3 Absatz 2 Nummer 2 erfolgt die gleiche Ergänzung auch in § 4 Absatz 1 Satz 5 Nummer 4 der Richtlinie.

Zu § 4 Absatz 1 Satz 6:

Es handelt sich um eine Folgeanpassung zur Änderung in § 3 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2. Danach kann eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer in einem Netzverbund nach § 3 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 auch die Bezugsfunktion übernehmen.

Zu § 4 Absatz 1 Satz 7:

Die Streichung in Satz 7 stellt eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 3 Absatz 3 dar. Es wird klargestellt, dass es sich bei Kooperationspartnern nicht unbedingt um

Kooperationsvertragspartner handeln muss, da die Kooperation auch mit einer schriftlichen Erklärung bestätigt werden kann.

Zu § 4 Absatz 2 Satz 5:

Es wird Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 ermöglicht, unter bestimmten Voraussetzungen in allen Fällen die Bezugsfunktion zu übernehmen. Die Aufhebung der Einschränkungen der Bezugsfunktion dient dazu, mehr Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für die Teilnahme an Netzverbänden zu gewinnen und die Versorgung nach dieser Richtlinie umfassender zu gestalten, ohne eine notwendige kontinuierliche ärztliche Begleitung der Patientinnen und Patienten aufzugeben. Ausdrücklich wird mit Blick auf die Schwere der Erkrankungen festgehalten, dass bei den Patientinnen und Patienten, deren psychopharmakologische Behandlung einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegt, oder wenn eine Konstellation vorliegt, die eine kontinuierliche ärztliche Behandlung oder Überwachung durch Mitglieder des Netzverbundes erfordern, ein fachärztlicher Einbezug durch Ärztinnen und Ärzte nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 oder 3 erfolgen muss. Die fachärztliche Einbeziehung und insbesondere ihre Frequenz wird im Falle einer psychotherapeutischen Bezugsfunktion im Gesamtbehandlungsplan dokumentiert und fortgeschrieben.

Zu § 4 Absatz 3:

In Absatz 3 wird die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen als Aufgabe der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten aufgenommen. Fallbesprechungen sind elementar für eine koordinierte und strukturierte Versorgung; der regelmäßige Austausch von Informationen fördert die Zusammenarbeit der an der Versorgung der Patientin oder des Patienten Beteiligten und stellt sicher, dass die Maßnahmen aufeinander abgestimmt und auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet sind. Die Initiierung der Fallbesprechungen wird zwar bereits heute als Aufgabe der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten gesehen, da sie oder er den Gesamtbehandlungsplan aufstellt bzw. fortschreibt und die Verantwortung für das Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile trägt, jedoch wurde dieser Punkt bisher nicht explizit benannt.

2.1.3 § 6 Aufgaben und Organisation des Netzverbundes

Zu § 6 Absatz 1 Satz 1:

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 3 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2.

Zu § 6 Absatz 1 Nummer 3:

Es erfolgt eine Klarstellung, dass sich die Zeitvorgabe von i. d. R. sieben Werktagen auf den Beginn der differenzialdiagnostischen Abklärung bezieht.

Zu § 6 Absatz 1 Nummer 5:

Gemäß Nummer 5 werden schon nach bisheriger Regelung Standards zur geeigneten Patientenkommunikation und zur Unterstützung der Kommunikation beispielsweise in Form von Patienteninformationen für eine Beteiligung der Erkrankten am Entscheidungsprozess der

Behandlung erwartet. Der Begriff „einheitliche Patientenkommunikation“ wird durch „verständliche Patientenkommunikation“ ersetzt, um klarzustellen, dass sich die Kommunikation an den jeweiligen patientenindividuellen Voraussetzungen orientiert. Der Klammerzusatz wird um ein „unter anderem“ ergänzt, um zu verdeutlichen, dass es sich um eine beispielhafte Aufzählung handelt.

Zu § 6 Absatz 1 Nummer 6:

In Nummer 6 wird das Wort „einheitlich“ gestrichen. Zur Unterstützung einer möglichst reibungslosen Kommunikation innerhalb des Netzverbundes soll eine Befund- und Behandlungsdokumentation nach gemeinsamen Standards erfolgen, hierfür ist jedoch nicht notwendigerweise eine gemeinsame Software zu nutzen. Bereits heute sieht die Richtlinie vor, dass die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer eine geeignete Dokumentation vorsehen, mit der ein Austausch zwischen den beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern vereinfacht wird.

Zu § 6 Absatz 1 Nummer 7:

Die Vorgabe zur Nutzung einer elektronischen Kommunikation wird um den Einbezug der Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 306 SGB V ergänzt. Hierbei stehen insbesondere die TI-Anwendung KIM (Kommunikation im Medizinwesen), die den sicheren elektronischen Datenaustausch von behandlungsrelevanten Daten, bspw. Arztbriefe und Befunde, ermöglicht, und der TI-Messenger (TIM), der eine sichere Echtzeitkommunikation ermöglicht, im Vordergrund.

Zu § 6 Absatz 1 Nummer 10:

Mit dem Ziel der stärkeren Verzahnung der Versorgung nach dieser Richtlinie mit bereits bestehenden Hilfen aus Leistungsbereichen außerhalb des SGB V werden entsprechende Akteure zu Fallbesprechungen eingeladen, sofern die Patientin oder der Patient entsprechend informiert wurde und einverstanden ist.

Zu § 6 Absatz 2:

Die Regelung in Absatz 2 wird um ein allgemeines Informationsgebot zur Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie sowie zum Widerspruchsrecht der Patientinnen und Patienten gemäß § 347 Absatz 1 Satz 4 und Absatz 3 Satz 6 SGB V und § 348 Absatz 3 Satz 8 SGB V ergänzt. Es sind insbesondere die Regelungen der §§ 341 ff. SGB V zu beachten. Die an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben die Versicherten vor der Übermittlung und Speicherung von Daten der oder des Versicherten in die ePA, deren Bekanntwerden Anlass zu Diskriminierung oder Stigmatisierung des Versicherten geben kann, insbesondere zu psychischen Erkrankungen, auf das Recht zum Widerspruch gegen die Übermittlung und Speicherung der Daten in die ePA hinzuweisen.

Es können nur Inhalte berücksichtigt werden, die in der ePA aufgenommen wurden. Insofern bestehen für die Patientin oder den Patienten keine Nachteile, sofern sie oder er der ePA widersprochen hat, Inhalte nicht aufgenommen hat oder Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer von der Nutzung der ePA ausgeschlossen hat.

Zu § 6 Absatz 3:

Ein zentrales Element der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die Vernetzung und der berufsgruppenübergreifende Austausch der an der jeweiligen patientenindividuellen Versorgung Beteiligten; hierfür sind insbesondere regelmäßig stattfindende Fallbesprechungen vorgesehen. Die vorgesehene Ergänzung in Absatz 3 ermöglicht eine flexiblere Ausgestaltung der Fallbesprechung, indem diese auch mittels Video- oder Telefonkonferenz durchgeführt werden können.

Die bisherige Regelung wird zudem um die Berücksichtigung der Inhalte und Funktionalitäten der ePA gemäß § 342 SGB V ergänzt.

Durch die Bereitstellung der ePA kann sowohl der Austausch zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern als auch zukünftig der Austausch zwischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und Patientinnen und Patienten erleichtert werden. Dies vereinfacht bspw. für die Patientinnen und Patienten die Kommunikation, da diese auf die in die ePA eingestellten Inhalte, z. B. auf einen verfügbaren Medikationsplan, verweisen können. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit der Patientin oder dem Patienten kann dadurch auch qualitativ verbessert werden.

Zu § 6 Absatz 4:

Die Ergänzung stellt eine Folgeänderung zu den Anpassungen in § 3 dar und dient der Klarstellung, dass die Beteiligten auch auf Basis einer schriftlichen Erklärung kooperieren können und es nicht zwingend einer Vereinbarung, bspw. in Form eines Netzverbundvertrages bedarf.

2.2 Anpassungen in Abschnitt B. Patientenversorgung

2.2.1 § 8 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung

Zu § 8 Absatz 1 Satz 4:

Da der Begriff der differentialdiagnostischen Abklärung in Satz 3 bereits verwendet wird, wird er in Satz 4 gestrichen und durch das Bezug nehmende Wort „Sie“ ersetzt.

Zu § 8 Absatz 1 Satz 5:

Die bisher in Satz 5 verortete Vorgabe zur Festlegung der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes in definierten Fällen wird an dieser Stelle gestrichen und neu gefasst in § 4 Absatz 2 aufgenommen.

Zu § 8 Absatz 2 Satz 4:

Im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung des patientenindividuellen Versorgungsbedarfes wird in Absatz 2 vorgegeben, dass auch im Falle einer vorrangig psychiatrischen Behandlung die Einbindung einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 angestrebt wird.

Zu § 8 Absatz 3:

Absatz 3 wird dahingehend angepasst, dass, soweit Patientinnen und Patienten bereits unterstützende Leistungen und Hilfen außerhalb des SGB V erhalten, diese in der Versorgung nach dieser Richtlinie zu berücksichtigen sind. Dies soll die Abstimmung der für die Patientin oder den Patienten erforderlichen Versorgungsangebote erleichtern. Aufgrund der Stärkung einer sozialgesetzbuchübergreifenden Ausrichtung wird in Absatz 3 zugleich klargestellt, dass die Verantwortung und die Regelungshoheit für die Leistungserbringung nach den jeweiligen Sozialgesetzbüchern unberührt bleiben und es sich auch keine zusätzlichen Finanzierungsverpflichtungen ergeben. Der Mehrwert dieser Zusammenarbeit liegt vielmehr in einer konzertierten sozialgesetzbuchübergreifenden Ausrichtung und fundierten Planung der Behandlungsleistungen und der erforderlichen individuellen Maßnahmen.

Die Teilnahmemöglichkeit der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß § 3 Absatz 1 an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen wird in Absatz 3 ergänzt. Diese Anforderung bezieht sich auf die Teilnehmenden aus dem Regelungsbereich des SGB V; es werden keine Verpflichtungen für Teilnehmende aus dem Regelungsbereich anderer Sozialgesetzbücher definiert. Klargestellt wird, dass es auch hierfür einer informierten Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten bedarf.

Zu § 8 Absatz 4:

In Absatz 4 wird die Meldung der Beendigung der Versorgung durch einen Netzverbund gegenüber der zuständigen Krankenkasse ergänzt. Eine parallele Versorgung durch mehrere Netzverbände bzw. durch nicht an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ist ausgeschlossen, da dies dem Ziel einer koordinierten und strukturierten Versorgung entgegenstehen würde. Die Meldung des Beginns und der Beendigung sollte insbesondere die lebenslange bzw. die

Krankenhausarztnummer der Bezugärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugpsychotherapeutin oder des Bezugpsychotherapeuten, die numerische Kennzeichnung der Versicherten (Versicherungsnummer), die Netzverbundnummer, die Diagnose, das Datum des Beginns bzw. des Endes der Versorgung nach dieser Richtlinie sowie, sofern vorhanden, eine Kennzeichnung über den Wechsel der Bezugärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugpsychotherapeutin oder des Bezugpsychotherapeuten beinhalten. Hierzu wird eine einheitliche Meldung abgestimmt. Bei der Anzeige der Beendigung ist die Angabe der Diagnose nicht erforderlich.

2.2.2 § 9 Gesamtbehandlungsplan

Zu § 9 Absatz 1:

In Absatz 1 erfolgt eine Ergänzung, wonach bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans auch die zu diesem Zeitpunkt verfügbaren Inhalte der ePA berücksichtigt werden sollen. Die ePA wird seit 2025 in einem gestuften Verfahren eingeführt und kann die Kommunikation zwischen den verschiedenen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern erleichtern, indem auf bereits vorhandene Befunde zugegriffen werden kann.

Zu § 9 Absatz 1 Satz 2:

Zur Verbesserung der Vernetzung mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern außerhalb des SGB V werden bestehende Unterstützungen und Hilfen - soweit sie der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten bekannt sind - gemäß § 8 Absatz 3 im Gesamtbehandlungsplan dokumentiert.

Zu § 9 Absatz 1 Satz 4:

Satz 4 verdeutlicht, dass bei der Erstellung und gegebenenfalls Anpassung des Gesamtbehandlungsplans regelhaft geprüft wird, ob die Einbeziehung fachärztlicher Kompetenz oder psychotherapeutischer Kompetenz nach § 3 Absatz 2 Satz 2 für die Behandlung der Patientin oder des Patienten sinnvoll sein könnte beziehungsweise berufsrechtlich oder vertragsarztrechtlich erforderlich ist und in welcher Form diese erfolgen sollte. Die genannten Beispiele einer Einbeziehung etwa im Rahmen einer Fallbesprechung oder durch Vermittlung eines direkten Kontakts („Konsil“) sind nicht abschließend; auch andere Formen der Abstimmung zwischen den beiden Professionen sind möglich. Dadurch wird sichergestellt, dass fachärztliche und psychotherapeutische Kompetenzen in jedem Fall bei der Behandlung berücksichtigt werden.

Zu § 9 Absatz 3 Satz 4:

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Regelung in § 4 Absatz 2 Satz 5.

2.2.3 § 11 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

Zu § 11 Absatz 1:

Die Änderung in Absatz 1 stellt klar, dass sich der Bezug zu § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V auf das Entlassmanagement und nicht auf die Anwendung eines Assessments bezieht.

Zu § 11 Absatz 6:

Mit dem neu geregelten Absatz 6 wird vorgesehen, dass für einen wechselseitigen Informationsaustausch im Rahmen einer sektorenübergreifenden Versorgung auch die Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V sowie der elektronischen Patientenakte gemäß § 342 SGB V herangezogen werden können, um mögliche Informationsverluste an der Sektorengrenze zu vermeiden. Die Ergänzung bezieht sich zum einen auf die Fallkonstellation, in der eine Patienten oder ein Patient bereits ambulant durch einen Netzverbund versorgt wird und ein stationärer Aufenthalt notwendig wird, zum anderen auf die Entlassung einer Patientin oder eines Patienten in eine ambulante Anschlussbehandlung, in der beispielsweise Informationen des Entlassbriefs in die ePA eingestellt werden können, sofern die Patientinnen und Patienten der Nutzung nicht widersprochen haben und die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer entsprechend freigeschaltet wurden. Es gelten die Vorschriften der §§ 347ff. SGB V. In Bezug auf die Kommunikation zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern ist insbesondere die TI-Anwendung KIM (Kommunikation im Medizinwesen) von Bedeutung, die den sicheren elektronischen Datenaustausch von behandlungsrelevanten Daten bspw. Arztbriefe und Befunde ermöglicht.

3. Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat am 25. März 2025 das Stellungnahmeverfahren zu den vorgesehenen Anpassungen der KSVPsych-RL mit einer Frist bis zum 30. April 2025 eingeleitet und am 20. Mai 2025 eine mündliche Anhörung der Stellungnehmer durchgeführt. Er hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet und in die Entscheidung einbezogen. Im Ergebnis der Auswertung wurden Änderungen im Beschlussentwurf vorgenommen. Das Stellungnahmeverfahren und die Würdigung der Stellungnahmen mit Stand vom 23. Juli 2025 sind in Kapitel C der Zusammenfassenden Dokumentation abgebildet.

4. Bürokratiekostenermittlung

Gemäß § 91 Abs. 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der G-BA gemäß Anlage II 1. Kapitel VerfO die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.

Ziel der Bürokratiekostenermittlung ist die Entwicklung möglichst verwaltungsarmer Regelungen und Verwaltungsverfahren für inhaltlich vom Gesetzgeber bzw. G-BA als notwendig erachtete Informationspflichten. Sie entfaltet keinerlei präjudizierende Wirkung für nachgelagerte Vergütungsvereinbarungen.

Mit vorliegendem Beschluss werden für die teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die Verpflichtungen zur Netzverbundbildung gemindert, indem in § 3 Absatz 1 bis 3 auf die Vorgabe des Abschlusses eines Kooperationsvertrages verzichtet wird.

Änderung in den Teilnahmevoraussetzungen

Mit Änderung der KSVPsych-Richtlinie durch vorliegenden Beschluss sind die Netzverbände und ihre zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern künftig nicht mehr verpflichtet, bei der Bildung eines Netzbundes eine vertragliche Vereinbarung in Form von Netzverbundverträgen und Kooperationsverträgen zu treffen. Damit reduziert sich die Nachweiserbringung bezüglich der Anforderungen nach dieser Richtlinie auf das Genehmigungsverfahren gemäß § 3 Absatz 9.

Mit Verzicht auf den Nachweis über die Erfüllung vertraglicher Anforderung hinsichtlich der Zusammensetzung, Aufgaben und Organisation des jeweiligen Netzverbundes verbleibt als verbindliche Teilnahmevoraussetzung nun ein bürokratischer Aufwand von etwa 30,5 Minuten und Bürokratiekosten von rund 30,71 Euro für die Erfüllung eines Genehmigungsverfahrens. Infolgedessen verringern sich die mit Beschluss vom 2. September 2021 (<https://www.g-ba.de/beschluesse/5005/>) ausgewiesenen Bürokratiekosten um geschätzt 443.376,00 Euro.

Sofern eine Kooperation mit einem Krankenhaus trotz nachweislich ernsthafter Bemühungen nicht zustande kommt, gilt die Ausnahmeregelung gemäß § 3 Absatz 3 Sätze 4-5: Befristet auf zwei Jahre kann in diesem Fall im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen für einen Netzverbund eine Genehmigung erteilt werden.

Der Nachweis der Korrespondenz mit einem Krankenhaus geht mit einem geringfügigen bürokratischen Mehraufwand von etwa zehn Minuten bei hohem Qualifikationsniveau (62,00 €/h) einher. Den jeweiligen Netzverbänden, welche sich unter Anwendung der Ausnahmeregelung gründen, entstehen dementsprechend zusätzliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 10,34 Euro. Es wird davon ausgegangen, dass etwa 10 Netzverbände

betroffen sein werden, so dass aus dieser Regelung einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 103,40 Euro resultieren.

Anzeige des Versorgungsbeginns und -ende gegenüber der Krankenkasse

Mit Änderung des § 8 Absatz 4 ist künftig neben der Anzeige des Versorgungsbeginns auch das Ende der Versorgung in einem Netzverbund bei der zuständigen Krankenkasse anzeigepflichtig. Für eine entsprechende Mitteilung ist ein zeitlicher Aufwand von drei Minuten bei hohem Qualifikationsniveau (62,00 €/h) erforderlich; dies ergibt Bürokratiekosten je Beendigungsfall in Höhe von 3,10 Euro. Unter Berücksichtigung einer Zahl von jährlich 4.000 Patientinnen und Patienten, deren Versorgung in einem Netzverbund beendet ist, entstehen jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 12.400 Euro (4.000 x 3,10 Euro).

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
17.10.2024	G-BA	Einleitung eines Beratungsverfahrens gemäß 1. Kapitel § 5 Absatz 1 Satz 1 der VerfO zur <i>Anpassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)</i> sowie Beauftragung des Unterausschusses Psychotherapie und psychiatrische Versorgung mit der Durchführung des Beratungsverfahrens
25.03.2025	UA PPV	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens (Stellungnahmefrist: 5 Wochen)
20.05.2025	UA PPV	Mündliche Anhörung. Würdigung der schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen
23.07.2025	UA PPV	Abschließende Beratung zur Vorbereitung der Beschlussfassung durch das Plenum
21.08.2025	G-BA	Beschlussfassung über eine Anpassung der KSVPsych-RL

Berlin, den 21. August 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken