

Zusammenfassende Dokumentation

für die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL):

Anpassungen im Hinblick auf Inhalte, Struktur und Organisation der KSVPsych-Versorgung

Vom 21.08.2025

Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: www.g-ba.de

Inhalt

A	Beschluss und Tragende Gründe	6
A-1	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V.....	6
A-2	Abbildung der Beschlussunterlagen einer nicht vom Plenum angenommenen Position oder deren Beschreibung.....	6
B	Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens.....	7
B-1	Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen	7
B-2	Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens	9
B-3	Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer	9
B-4	Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde	9
B-5	Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens.....	12
B-6	Schriftliche Stellungnahmen	12
B-6.1	Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen	13
B-6.2	Auswertung von verfristet eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen	13
B-7	Mündliche Stellungnahmen	13
B-7.1	Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten.....	13
B-7.2	Wortprotokoll der Anhörung zum Stellungnahmeverfahren.....	16
B-8	Würdigung der Stellungnahmen	16
C	Anlagen	17
C-1	Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens	
C-1.1	Synopse, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde (Darstellung der Änderungen im Richtlinien-Fließtext)	
C-1.2	Tragende Gründe, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden	
C-1.3	Formular zur Abgabe einer Stellungnahme	
C-2	Eingegangene Stellungnahmen	
C-2.1	Schriftliche Stellungnahme der BPtK	
C-2.2	Schriftliche Stellungnahme des BfDI	
C-2.3	Schriftliche Stellungnahme der DGGPP	
C-2.4	Schriftliche Stellungnahme der DATPPP	
C-2.5	Schriftliche Stellungnahme der DFPP	
C-2.6	Schriftliche Stellungnahme des BVDN	
C-2.7	Schriftliche Stellungnahme des BVDP	
C-2.8	Schriftliche Stellungnahme der DVE	
C-2.9	Schriftliche Stellungnahme der DGPPN	
C-2.10	Schriftliche Stellungnahme der bvvp	
C-2.11	Schriftliche Stellungnahme der DVGP	

- C-2.12 Schriftliche Stellungnahme der BAG-GPV
- C-2.13 Schriftliche Stellungnahme der BAPP
- C-2.14 Schriftliche Stellungnahme der BFLK
- C-2.15 Schriftliche Stellungnahme des BPM
- C-2.16 Schriftliche Stellungnahme des ackpa
- C-2.17 Schriftliche Stellungnahme der DVSG
- C-2.18 Schriftliche Stellungnahme der DNVF
- C-2.19 Schriftliche Stellungnahme der PIBB
- C-2.20 Schriftliche Stellungnahme der DGVT-BV
- C-2.21 Schriftliche Stellungnahme der DDPP
- C-2.22 Schriftliche Stellungnahme der DGSP
- C-2.23 Schriftliche Stellungnahme des BDP
- C-2.24 Schriftliche Stellungnahme der APK
- C-2.25 Schriftliche Stellungnahme der DGPM
- C-2.26 Schriftliche Stellungnahme der Diakonie Deutschland
- C-2.27 Schriftliche Stellungnahme der DHS
- C-2.28 Schriftliche Stellungnahme der DGPT
- C-2.29 Schriftliche Stellungnahme der DMtG
- C-2.30 Schriftliche Stellungnahme der BAG Psychiatrie und VKD
- C-2.31 Schriftliche Stellungnahme der CBP und DCV
- C-2.32 Schriftliche Stellungnahme der DPtV
- C-2.33 Schriftliche Stellungnahme der bpa
- C-2.34 Schriftliche Stellungnahme der BÄK
- C-3 Wortprotokoll zum Stellungnahmeverfahren**
- C-4 Tabelle zur Würdigung der Stellungnahmen**
- C-5 Abbildung der Beschlussunterlagen einer nicht vom Plenum angenommenen Position oder deren Beschreibung**
- C-6 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V**
- C-7 Beschluss (BA nz AT 09.12.2025 B5)**
- C-8 Tragende Gründe**

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BÄK	Bundesärztekammer
BAnz	Bundesanzeiger
BfDI	Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
FBMed	Abteilung Fachberatung Medizin der Geschäftsstelle des G-BA
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
RL	Richtlinie
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
UA PPV	Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA

A Beschluss und Tragende Gründe

Der Beschluss zur Anpassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und die Tragenden Gründe zum Beschluss sind im Kapitel C-7 und C-8 abgebildet.

A-1 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V

Die Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V wird nach Beschlussfassung veranlasst. Nach Vorliegen des Prüfergebnisses ist dieses in Kapitel C-6 abgebildet.

A-2 Abbildung der Beschlussunterlagen einer nicht vom Plenum angenommenen Position oder deren Beschreibung

Die Beschlussunterlagen mit den dissent ins Plenum zur Beschlussfassung gegebenen Positionierungen sind in Kapitel C-5 abgebildet.

B Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens

B-1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen

Der UA PPV hat in seiner Sitzung am 25. März 2025 den in Kapitel B-4 aufgeführten Institutionen/Organisationen gemäß 1. Kapitel 3. Abschnitt VerFO Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme für dieses Beschlussvorhaben erteilt.

Folgenden Organisationen ist Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben:

- Bundesärztekammer gemäß § 91 Absatz 5 SGB V
- Bundespsychotherapeutenkammer gemäß § 91 Absatz 5 SGB V
- Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit § 91 Absatz 5a SGB V
- ADHS Deutschland e.V.
- Aktion psychisch Kranke e.V. (APK)
- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.
- Arbeitsgemeinschaft Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung e.V. (AG ADHS)
- Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern (ackpa)
- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) e.V.
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN); Bundesverband der Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
- Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser e.V. (BAG Psychiatrie)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e.V. (BAG GPV)
- Bundesdirektorenkonferenz, Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) e.V.
- Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V. (BFLK)
- Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V. (BAPP)
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)
- Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP)
- Dachverband deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie e.V. (DDPP)
- Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. (DVGP)
- Deutsche AG der Tageskliniken in Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DATPPP) e.V.
- Deutscher Caritasverband e.V. (DCV)
- Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP e.V.)
- Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/ Psychodynamische Psychotherapie e. V. (DFT)
- Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie e. V. (DGAP)
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. (DGSF)

- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie – Berufsverband Psychosoziale Berufe (DGVT-BV) e.V.
- Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)
- Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V. (DPtV)
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V.
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)
- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V., Fachgruppe „Seelische Gesundheit“
- Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)
- Diakonie Deutschland Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.
- Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (BApK e.V.) Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen
- Gesellschaft für Neuropsychologie e.V. (GNP)
- Psychiatrie Initiative Berlin-Brandenburg - PIBB GmbH i.V.m. der gemeinnützigen Basisorganisation des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit – VPsG e.V.
- Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V.
- Systemische Gesellschaft (SG) e.V.
- Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD), Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen
- Verband der psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland e.V. (VPKD)
- Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD)
- Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V. (DGPSF)
- Bundesverband Soziotherapie e.V. (vormals Berufsverband der Soziotherapeuten e.V.)
- Spitzenverband ZNS (SpiZ)
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (DAIzG)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V. (BAGSO)
- Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)
- Interdisziplinäre Gesellschaft für Psychosomatische Schmerztherapie (IGPS)
- Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie e.V. (BPM)
- Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e. V. (dgsp)
- Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e.V.
- Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e.V. (DPV)
- DVT-Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e. V.
- Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE) vormals Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.
- Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Deutschland e. V.
- Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)
- Bundesverband der Ergotherapeuten in Deutschland e. V. (BED)
- Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP), Bundesgeschäftsstelle
- Arbeitsgemeinschaft Privater Heime e. V. (APH)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V. (B.A.H.)
- Bundesverband Ambulante Dienste e. V. und Stationäre Einrichtungen e. V. (bad e. V.), Bundesgeschäftsstelle
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - Bundesverband e. V. (DBfK)
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB)
- Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. (ZWST)

B-2 Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens

Der UA PPV beschloss in seiner Sitzung am 25. März 2025 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens. Die Unterlagen (siehe Kapitel C-1) wurden den Stellungnahmeberechtigten am 26. März 2025 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Stellungnahmen innerhalb von fünf Wochen bis zum 30. April 2025 nach Übermittlung der Unterlagen gegeben.

B-3 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer

Die Stellungnahmeberechtigten wurden darauf hingewiesen,

- dass die übersandten Unterlagen vertraulich behandelt werden müssen und ihre Stellungnahmen nach Abschluss der Beratungen vom G-BA veröffentlicht werden können,
- dass jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, soweit er eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben ist.
- dass bei nicht fristgerechtem Eingang einer schriftlichen Stellungnahme die Möglichkeit besteht, dass diese nicht mehr ausgewertet wird und in diesem Fall keine Einladung zur Anhörung erfolgt.

B-4 Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde

In der nachfolgenden Tabelle sind die Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme gegeben wurde, aufgelistet und sofern eine solche abgegeben wurde, wurde dies unter Angabe des Eingangsdatums vermerkt.

Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme	Anmerkung
Gesetzlich vorgegebene Stellungnehmer gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V		
Bundesärztekammer (BÄK)	30.04.2025	Verzicht
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	30.04.2025	
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	30.04.2025	
Gewillkürte Stellungnehmer gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 lit. a) Verfo G-BA		
ADHS Deutschland e.V.	Keine SN abgegeben.	
Aktion psychisch Kranke e.V. (APK)	30.04.2025	
Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.	Keine SN abgegeben.	
Arbeitsgemeinschaft Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung e.V. (AG ADHS)		
Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern (ackpa)	28.04.2025	
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) e.V.	24.04.2025	

Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme	Anmerkung
Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN); Bundesverband der Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie	16.04.2025	
Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)	16.04.2025	
Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)	30.04.2025	
Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser e.V. (BAG Psychiatrie)	30.04.2025	Gemeinsame SN mit VKD
Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e.V. (BAG GPV)	25.04.2025	
Bundesdirektorenkonferenz, Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) e.V.	Keine SN abgegeben.	
Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V. (BFLK)	26.04.2025	
Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V. (BAPP)	26.04.2025	
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	30.04.2025	
Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP)	30.04.2025	Gemeinsame SN mit DCV
Dachverband deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie e.V. (DDPP)	30.04.2025	
Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. (DGVP)	24.04.2025	
Deutsche AG der Tageskliniken in Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DATPPP) e.V.	16.04.2025	
Deutscher Caritasverband e.V. (DCV)	30.04.2025	Gemeinsame SN mit CBP
Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP e.V.)	16.04.2025	
Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/ Psychodynamische Psychotherapie e. V. (DFT)	Keine SN abgegeben.	
Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie e. V. (DGAP)		
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und - psychotherapie e.V. (DGGPP)	10.04.2025	
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)	17.04.2025	
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V.	30.04.2025	
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	30.04.2025	
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) e.V.	30.04.2025	

Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme	Anmerkung
Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. (DGSF)	Keine SN abgegeben.	
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie – Berufsverband Psychosoziale Berufe (DGVT-BV) e.V.	29.04.2025	
Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG) in Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V. (BAG KT)	30.04.2025	
Deutscher Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)	28.04.2025	
Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V. (DPtV)	30.04.2025	
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V.	Keine SN abgegeben.	
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)		
Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.	29.04.2025	
Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)	Keine SN abgegeben.	
Diakonie Deutschland - Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.	30.04.2025	
Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (BAPK e.V.) Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen	Keine SN abgegeben.	
Gesellschaft für Neuropsychologie e.V. (GNP)		
Psychiatrie Initiative Berlin-Brandenburg - PIBB GmbH	29.04.2025	
Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)	29.04.2025	Verzicht
Systemische Gesellschaft (SG) e.V.	Keine SN abgegeben.	
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD), Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen	30.04.2025	Gemeinsame SN mit BAG Psychiatrie
Verband der psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland e.V. (VPKD)	Keine SN abgegeben.	
Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD)		
Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V. (DGPSF)		
Bundesverband Soziotherapie e.V. (vormals Berufsverband der Soziotherapeuten e.V.)		
Spitzenverband ZNS (SpiZ)		
Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (DAIzG)		
Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V. (BAGSO)		
Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.		

Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme	Anmerkung
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)	30.04.2025	
Interdisziplinäre Gesellschaft für Psychosomatische Schmerztherapie (IGPS)	Keine SN abgegeben.	
Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie e.V. (BPM)	27.04.2025	
Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e. V. (dgsp)	Keine SN abgegeben.	
Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose e. V.		
Deutsche Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e.V.		
Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e.V. (DPV)		
DVT-Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e. V.		
Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE) (vormals Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.)	17.04.2025	
Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Deutschland e. V.	Keine SN abgegeben.	
Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)		
Bundesverband der Ergotherapeuten in Deutschland e. V. (BED)		
Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP), Bundesgeschäftsstelle		
Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste Bundesverband e. V. (APH)	27.03.2025	Verzicht
Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V. (B.A.H.)	Keine SN abgegeben.	
Bundesverband Ambulante Dienste e. V. und Stationäre Einrichtungen e. V. (bad e. V.), Bundesgeschäftsstelle		
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - Bundesverband e. V. (DBfK)		
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB)	28.04.2025	Verzicht
Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. (ZWST)	Keine SN abgegeben.	

B-5 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens

Die Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens sind in Kapitel C-1 abgebildet.

B-6 Schriftliche Stellungnahmen

Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind in Kapitel C-2 abgebildet.

B-6.1 Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen

Die Tabelle zur Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen der stellungnahmeberechtigten Organisationen / Institutionen mit Stand vom 11. August 2025 ist in Kapitel C-4 abgebildet. In dieser sind keine Ausführungen abgebildet, die lediglich die zur Stellungnahme gestellten Inhalte wiedergeben oder die das Stimmabgabeverfahren selbst beschreiben.

B-6.2 Auswertung von verfristet eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen

Es sind keine Stellungnahmen verfristet eingegangen.

B-7 Mündliche Stellungnahmen

B-7.1 Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden fristgerecht zur Anhörung am 20. Mai 2025 eingeladen.

Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten, die an mündlichen Beratungen im G-BA oder in seinen Untergliederungen teilnehmen, haben nach Maßgabe des 1. Kapitels 5. Abschnitt VerFO Tatsachen offen zu legen, die ihre Unabhängigkeit potenziell beeinflussen. Inhalt und Umfang der Offenlegungserklärung bestimmen sich nach 1. Kapitel Anlage I, Formblatt 1 VerFO (abrufbar unter www.g-ba.de).

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung am 20. Mai 2025 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	Anrede/Titel/ Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)	Herr Timo Harfst	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Aktion psychisch Kranke e.V. (APK)	Herr Jörg Holke	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Arbeitskreis d. Chefärztinnen u. Chefärzte v. Kliniken f. Psychiatrie u. Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern (ackpa)	Frau Dr. Bettina Wilms	ja	nein	ja	nein	nein	nein
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp)	Frau Ariadne Sartorius	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Berufsverband Dtsch. Nervenärzte (BVDN); Bundesverband d.	Herr Dr. Klaus Gehring	nein	ja	ja	nein	nein	nein

Fachärzte f. Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie u. Psychotherapie							
Berufsverband Deutscher Psychologinnen u. Psychologen e.V. (BDP)	Frau Susanne Berwanger	nein	nein	ja	nein	nein	nein
Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V. (BAPP)	Herr Peter Roddau	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP)	Frau Annett Löwe	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dachverband deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie e.V. (DDPP)	Frau Prof. Dr. Dorothea von Haebler	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Frau Dr. Christiane Montag	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. (DVGP)	Herr Nils Greve	ja	nein	nein	ja	nein	nein
Dtsch. Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP)	Herr Ingo Tschinke	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dtsch. Ges. f. Psychiatrie u. Psychotherapie, Psychosomatik u. Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	Frau Dr. Sylvia Claus	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dtsch. Ges. f. Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik u. Tiefenpsychologie e.V. (DGPT)	Dr. phil. Rupert Martin	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Herr Felix Kiunke	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dtsch. Ges. f. Psychosomatische Medizin u. Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	Frau Dr. Miriam Komo-Lang	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dtsch. Ges. f. Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)	Herr Patrick Nieswand	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Dtsch. Vereinigung f. soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)	Frau Elke Cosanne	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Frau Kerstin Folgnier	nein	nein	nein	nein	nein	nein

Dtsch. Psychotherapeuten Vereinigung e.V. (DPtV)	Frau Dr. phil. Dipl.-Psych. Anke Pielsticker	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Dtsch. Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.; Fachgruppe Seelische Gesundheit	Herr Prof. Dr. Dr. Martin Härter	nein	nein	ja	ja	ja	nein
	Herr PD Dr. Hauke Felix Wiegand	nein	nein	ja	nein	nein	ja
Psychiatrie Initiative Berlin- Brandenburg-PIBB GmbH i.V.m. der gemeinnützigen Basisorganisation des Vereins f. Psychiatrie u. seelische Gesundheit - VPsG e.V.	Herr Dr. Michael Krebs	ja	nein	nein	nein	nein	ja
Verband der Krankenhausdirektoren Dtsch. e.V. (VKD), FG psychiatrische Einrichtungen	Herr Paul Bomke	nein	nein	nein	nein	nein	nein

Frage 1: Anstellungsverhältnisse

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 2: Beratungsverhältnisse

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

Frage 3: Honorare

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

Frage 4: Drittmittel

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem

industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

Frage 5: Sonstige Unterstützung

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

B-7.2 Wortprotokoll der Anhörung zum Stellungnahmeverfahren

Das Wortprotokoll der Anhörung am 20. Mai 2025 ist in Kapitel C-3 abgebildet.

B-8 Würdigung der Stellungnahmen

Die Würdigung der Stellungnahmen ist in den Tragenden Gründen (siehe Kapitel C) abgebildet.

C Anlagen

C-1 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens

C-1.1 **Synopse, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde (Darstellung der Änderungen im Richtlinien Fließtext)**

C-1.2 **Tragende Gründe, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden**

C-1.3 **Formular zur Abgabe einer Stellungnahme**

C-2 Eingegangene Stellungnahmen

C-2.1 **Schriftliche Stellungnahme der BPtK**

C-2.2 **Schriftliche Stellungnahme des BfDI**

C-2.3 **Schriftliche Stellungnahme der DGGPP**

C-2.4 **Schriftliche Stellungnahme der DATPPP**

C-2.5 **Schriftliche Stellungnahme der DFPP**

C-2.6 **Schriftliche Stellungnahme des BVDN**

C-2.7 **Schriftliche Stellungnahme des BVDP**

C-2.8 **Schriftliche Stellungnahme der DVE**

C-2.9 **Schriftliche Stellungnahme der DGPPN**

C-2.10 **Schriftliche Stellungnahme der bvvp**

C-2.11 **Schriftliche Stellungnahme der DVGP**

C-2.12 **Schriftliche Stellungnahme der BAG-GPV**

C-2.13 **Schriftliche Stellungnahme der BAPP**

C-2.14 **Schriftliche Stellungnahme der BFLK**

C-2.15 **Schriftliche Stellungnahme des BPM**

C-2.16 **Schriftliche Stellungnahme des ackpa**

C-2.17 **Schriftliche Stellungnahme der DVSG**

C-2.18 **Schriftliche Stellungnahme der DNVF**

C-2.19 **Schriftliche Stellungnahme der PIBB**

C-2.20 **Schriftliche Stellungnahme der DGVT-BV**

C-2.21 **Schriftliche Stellungnahme der DDPP**

- C-2.22 Schriftliche Stellungnahme der DGSP**
- C-2.23 Schriftliche Stellungnahme des BDP**
- C-2.24 Schriftliche Stellungnahme der APK**
- C-2.25 Schriftliche Stellungnahme der DGPM**
- C-2.26 Schriftliche Stellungnahme der Diakonie Deutschland**
- C-2.27 Schriftliche Stellungnahme der DHS**
- C-2.28 Schriftliche Stellungnahme der DGPT**
- C-2.29 Schriftliche Stellungnahme der DMtG**
- C-2.30 Schriftliche Stellungnahme der BAG Psychiatrie und VKD**
- C-2.31 Schriftliche Stellungnahme der CBP und DCV**
- C-2.32 Schriftliche Stellungnahme der DPtV**
- C-2.33 Schriftliche Stellungnahme der bpa**
- C-2.34 Schriftliche Stellungnahme der BÄK**
- C-3 Wortprotokoll zum Stellungnahmeverfahren**
- C-4 Tabelle zur Würdigung der Stellungnahmen**
- C-5 Abbildung der Beschlussunterlagen einer nicht vom Plenum angenommenen Position oder deren Beschreibung**
- C-6 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V**
- C-7 Beschluss (BA nz AT 09.12.2025 B5)**
- C-8 Tragende Gründe**

Änderungsvorschläge zur KSVPsych-RL – Synopse

Diese Synopse ersetzt ausnahmsweise zugunsten besserer Übersichtlichkeit die vier Beschlussentwürfe von GKV-SV, KBV, DKG und PatV.

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

(1) ¹Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. ²Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung.

(2) ¹Ziel der Versorgung nach dieser Richtlinie ist eine Verbesserung der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. ²Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen neben dem grundsätzlichen Ziel nach Satz 1 folgende Unterziele erreicht werden:

1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen und strebt an, die Bildung einer leicht erreichbaren und flexiblen Versorgungsstruktur zu fördern.
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten insbesondere für schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten zur Verfügung.
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten mit langfristigem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote gewährleisten. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte Behandlung sicherstellen und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.

(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Patientenwillens durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten, berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,
2. Zeitnahe Diagnostik und Feststellung des Versorgungsbedarfs,
3. Qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,

4. Behandlungsleitung durch eine Bezugssärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugsspsychotherapeutin oder einen Bezugsspsychotherapeuten,
5. Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund,
6. Abgestimmter, verbindlicher Gesamtbehandlungsplan,
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,
8. Einbezug des sozialen Umfelds,
9. Strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen außerhalb des SGB V.

§ 2 Definition der Patientengruppe

- (1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer psychischen Erkrankung nach Absatz 2, bei denen deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 3 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychosomatischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 4 besteht.
- (2) Es liegt eine psychische Erkrankung aus dem V. Kapitel **[GKV-SV/PatV: (F10 bis F99)] [KBV/DKG: (~~F10~~F00 bis F99)]** des ICD-10-GM vor.
- (3) ¹Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist die GAF-Skala¹ heranzuziehen. ²Orientierungswert für deutliche Einschränkungen des psychosozialen Funktionsniveaus und Indikationskriterium für eine Behandlung nach dieser Richtlinie ist ein GAF-Wert von höchstens ≤50.
- (4) Ein komplexer Behandlungsbedarf liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 3 Absatz 2 bis 3 notwendig ist.

¹ Global Assessment of Functioning Scale in DSM-IV-TR (Text Revision) von 2000, in deutscher Fassung von 2003, S. 24f.

§ 3 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

- (1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie entweder
1. Mitglied in einem Netzwerk nach Absatz 2 **Satz 1 Nummer 1 [GKV-SV/KBV/DKG: oder ein Netzwerk nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 2]** sind,
 2. in Absatz 3 Satz 1 genannte Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer sind ~~und einen Kooperationsvertrag mit einem Netzwerk nach Absatz 3 abgeschlossen haben oder~~ und eine Kooperation nach Absatz 3 mit einem Netzwerk eingegangen sind oder
 3. gemäß Absatz 4 bei Bedarf oder gemäß Absatz 12 in die Versorgung nach dieser Richtlinie einbezogen werden
- sowie dem Netzwerk eine Genehmigung nach Absatz 9 vorliegt.

GKV-SV/KBV/DKG	PatV
(2) ¹Der Netzwerk ist 1. ein ~~vertraglicher~~ Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen [DKG: oder ermächtigten] Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Satz 2 einer Region (Netzwerkmitglieder) oder 2. ein zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenes Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) oder eine örtliche Berufsausübungsgemeinschaft (BAG),	(2) ¹Der Netzwerk ist ein ~~vertraglicher~~ Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen ~~o-~~ der ermächtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Satz 2 einer Region (Netzwerkmitglieder),
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 gewährleisten.	

²Netzwerkmitglieder **[GKV-SV/KBV/DKG: oder Netzwerke nach Satz 1]** können Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sein, die jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:

1. Fachärztinnen und Fachärzte für
 - a) Psychiatrie und Psychotherapie,
 - b) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
 - c) Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie,

2. ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, **Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Erwachsene** sowie
3. Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie.

³Für die Versorgung nach dieser Richtlinie stehen im Netzwerk mindestens insgesamt ~~10~~ [GKV-SV/KBV/DKG: **sechs**] [PatV: **fünf**] der Fachärztinnen und Fachärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach Satz 2 zur Verfügung; von diesen mindestens ~~vier~~ **zwei** Fachärztinnen und Fachärzte gemäß Satz 2 Nummer 1 und ~~vier~~ **zwei** Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gemäß Satz 2 Nummer 2.

GKV-SV	KBV	DKG	PatV
§ 3 Absatz 2 Satz 4 ff.			
⁴ Eine Fachärztin oder ein Facharzt gemäß Satz 2 Nummer 1 und eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut gemäß Satz 2 Nummer 2 verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag.	⁴ Eine Fachärztin oder ein Facharzt gemäß Satz 2 Nummer 1 oder eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut gemäß Satz 2 Nummer 2 verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag.	⁴ Eine Fachärztin oder ein Facharzt gemäß Satz 2 Nummer 1 verfügt über einen vollen Versorgungsauftrag oder eine diesem Umfang entsprechende Anstellungsgenehmigung und eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut gemäß Satz 2 Nummer 2 verfügt über einen halben Versorgungsauftrag oder eine diesem Umfang entsprechende Anstellungsgenehmigung. ⁵ Halbe Versorgungsaufträge oder diesem Umfang entsprechende Anstellungsgenehmigungen für die anderen Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach Satz 2 sind zulässig.	
[GKV-SV/KBV: 5] [DKG/PatV: 6] Die Netzwerkmitglieder ~~schließen können~~ einen Netzwerkvertrag schließen , der insbesondere die Ausgestaltung der Festlegungen in § 6 regelt.			
⁶ Für Netzverbünde gemäß Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 gelten die Regelungen der Sätze 3 und 4 entsprechend.	[KBV: 6] [DKG: 7] Abweichend von Satz 3 und 4 verfügen MVZ oder BAG mindestens über den Umfang von drei vollen Versorgungsaufträgen oder entsprechenden Anstellungsgenehmigungen der Fachgruppen gemäß Satz 2 Nummer 1 und 2, davon muss mindestens einer einen halben psychiatrischen und einer einen halben psychotherapeutischen Versorgungsauftrag oder entsprechende Anstellungsgenehmigungen umfassen. [KBV: ⁷ Weiterhin ist ein Vollzeitäquivalent für die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 5 vorzuhalten.]		

(3) ¹Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist, ~~dass der Netzverbund Kooperationsverträge, die den Vorgaben des § 6 entsprechen, abschließt~~ die Kooperation mit mindestens

1. einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene und mindestens einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer der Nummern 2 bis 4:
2. einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V oder
3. einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer, die oder der einen Vertrag zur Soziotherapie gemäß § 132b SGB V abgeschlossen hat oder
4. einem Leistungserbringer, der einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a Absatz 4 SGB V abgeschlossen hat.

~~²Mindestens eines der kooperierenden Krankenhäuser muss in der Region des Netzverbundes für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig sein.~~

²Die Kooperation mit dem in der Region des Netzverbundes für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständigen Krankenhaus ist anzustreben. ³Das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.

³⁴Zusätzlich ist die Kooperation mit einem Krankenhaus anzustreben, das über psychosomatische Kompetenzen verfügt.

GKV-SV	KBV	DKG	PatV
	§ 3 Absatz 3 Satz 5 ff.		
	⁵ Die Voraussetzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 gilt nicht, wenn der Netzverbund trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation mit ihm bereites Krankenhaus finden konnte. ⁶ Dies ist im Rahmen der Genehmigung nach Absatz 9 nachzuweisen. ⁷ In diesem Fall ist ein Konzept für die jederzeitige Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen gemäß § 6 Absatz 1 Nummer 8 vorzulegen.		

(4) ¹Kann der Behandlungsbedarf nach dieser Richtlinie nicht von den Netzverbundmitgliedern und den Kooperationsvertragspartnern gedeckt werden, können im begründeten Einzelfall zusätzliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in die Versorgung nach dieser Richtlinie einbezogen werden. ²Einbezogen werden können insbesondere Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche für die Behandlung von Heranwachsenden bis zum vollendeten 21. Lebensjahr.

- (5) Darüber hinaus sollen zur Adressierung des Versorgungsziels nach § 1 Absatz 3 Nummer 9 bei Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:
1. Sozialpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,
 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe,
 3. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Teilhabe 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.
- (6) Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für **die Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen sowie die Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychotherapeut*innen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten** und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.
- (7) Die Versorgung der Patientin und des Patient nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 4 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 5 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absatz 3 und bei Bedarf in Zusammenarbeit mit weiteren Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß Absatz 4 und Absatz 12.

(8) Die Versorgung nach dieser Richtlinie von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen durch psychotrope Substanzen (gemäß ICD-10-GM F10 bis F19) setzt voraus, dass eines der mit dem Netzwerk gemäß Absatz 3 kooperierenden Krankenhäuser eine qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen durchführen kann.

(9) ¹Die Netzverbünde legen der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung einen Nachweis zur Erfüllung der Anforderungen nach dieser Richtlinie zur Prüfung vor. ²Dieser Nachweis kann in Form von Vereinbarungen, wie zum Beispiel ein Netzwerkvertrag, oder schriftlichen einseitigen Erklärungen eines jeden Leistungserbringers erfolgen. ~~³Netzwerkverträge und Kooperationsverträge sind der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen.~~ ²³Werden die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt ~~Erfüllen diese die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie~~, ist dem Netzwerk durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung eine Genehmigung zu erteilen. ³⁴Die Genehmigung ist Voraussetzung für die Berechtigung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1 zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie; sie gilt auch für nach dem Zeitpunkt der Genehmigungserteilung hinzutretende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1. ⁴⁵Änderungen in der Zusammensetzung des Netzwerkes sowie der Kooperationsvertragspartner nach Absatz 3 sind der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen. ⁵⁶Bei Netzwerken, die über die Mindestvoraussetzungen nach Absatz 2 hinausgehen, ist die Aufnahme von neuen Netzwerkmitgliedern und das Ausscheiden von Netzwerkmitgliedern innerhalb von drei Monaten mitzuteilen; das Bestehen des Netzwerkes ist dadurch nicht berührt. [GKV-SV/KBV/DKG: ⁷Entsprechendes gilt für Netzverbünde nach § 3 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2.]

(10) ¹Das Unterschreiten der Mindestvoraussetzungen nach Absatz 2 und 3 ist der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen. ²Innerhalb von sechs Monaten ist die Wiedererfüllung der Anforderung an die Mindestvoraussetzungen gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. ³Bis zum Zeitpunkt der Wiedererfüllung der Mindestvoraussetzungen ist die Versorgung der durch die Netzwerkmitglieder behandelten Patientinnen und Patienten durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen. ⁴Ist innerhalb der sechs Monate keine Wiedererfüllung der Mindestvoraussetzungen erfolgt, hat die zuständige Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung nach Absatz 9 nach dieser Richtlinie zu entziehen. ⁵Satz 3 gilt bei einer Beendigung der Teilnahmeberechtigung an der Versorgung nach dieser Richtlinie entsprechend.

(11) ¹Die Netzverbünde teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ~~und der zuständigen Landeskrankengesellschaft~~ zur Information der Patientinnen und Patienten sowie der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser im jeweiligen Bundesland mit. ²Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen diese Information im Internet als ein öffentliches Verzeichnis der Netzverbünde bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den zuständigen Landeskrankengesellschaften das Verzeichnis [GKV-SV/PatV: quartalsweise] in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. ³Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit dem Netzwerk sollen diese Informationen der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V zur Verfügung gestellt werden.

(12) ¹Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. ²Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. ³Voraussetzung hierfür ist, dass die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die dem Netzverbund nicht angeschlossen sind dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.

§ 4 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

(1) ¹Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ~~der die~~ zentrale Ansprechpersonpartner und trägt die Verantwortung für die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein dem Gesamtbehandlungsplan entsprechendes Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.

GKV-SV	KBV	DKG	PatV
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3		§ 4 Absatz 1 Satz 2	
² Sie oder er muss ~~über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen~~ und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 5 Absatz 2 zu delegieren. ³ Sie oder er stellt eine telefonische Erreichbarkeit an mindestens vier Tagen pro Woche von jeweils mindestens 50 Minuten sicher, entweder durch sie oder ihn selbst oder durch die im Gesamtbehandlungsplan gemäß § 9 Absatz 1 benannte koordinierende Person.		² Sie oder er muss ~~über einen vollen Versorgungsauftrag~~ mindestens über einen halben Versorgungsauftrag oder einen diesen Umfang entsprechende Anstellungsgenehmigung oder im Falle des Satz 4 über einen dem Umfang eines halben Versorgungsauftrags entsprechenden Tätigkeit in der psychiatrischen Institutsambulanz verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 5 Absatz 2 zu delegieren.	

[GKV-SV/KBV: 4] [DKG/PatV: 3] Sie oder er ist Netzverbundmitglied oder bei einem solchen Netzverbundmitglied angestellt und gehört einer der folgenden Fachgruppen an:

1. Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,
2. Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
3. Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde oder Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie,
4. Ärztliche oder Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Erwachsene.

[GKV-SV/KBV: 5] [DKG/PatV: 4] Ist ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V Kooperationspartner, kann auch eine Fachärztin oder ein Facharzt oder eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut nach Satz 3 Nummer 1 bis 4 Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

(2) ¹Die Netzverbünde nach § 3 Absatz 2 legen Regelungen fest, in welcher Weise eine Patientin oder ein Patient nach Prüfung des Anspruchs auf Versorgung nach dieser Richtlinie in der Eingangssprechstunde und nach differenzialdiagnostischer Abklärung nach § 8 Absatz 1 eine Bezugärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten erhält.²Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach § 9 auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. ³Ein Wechsel der Bezugärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach Absatz 1 ist möglich. ⁴Die Wünsche der Patientin oder des Patienten sind zu berücksichtigen.

(3) Die Bezugärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für

1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 5,
2. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 6 Absatz 1 Nummer 10,
23. die unverzügliche Einleitung einer ambulanten, teilstationären, stationsäquivalenten oder vollstationären Behandlung,
34. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung.

§ 5 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten

(1) ¹Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 10 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. ²Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. ³Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.

(2) ¹Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann nur durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden:

1. Soziotherapeutische Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag zur Erbringung von Soziotherapie nach § 132b SGB V abgeschlossen haben,
2. Zugelassene Ergotherapeutinnen und 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. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter,
6. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen,
7. Pflegefachpersonen,
8. Psychologinnen und Psychologen.

²Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 Nummern 4 bis 8 ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen.

§ 6 Aufgaben und Organisation des Netzverbundes

- (1) Die Netzverbundmitglieder haben durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur sowie durch die Vereinbarung gemeinsamer Standards Sorge zu tragen, dass
1. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten entsprechend der Vorgaben nach § 5 erfolgt,
 2. die Herstellung des Erstkontakts zum Netzverbund in einer Eingangssprechstunde nach Überweisung oder Empfehlung zeitnah erfolgt (in der Regel innerhalb von **[GKV-SV/DKG: sieben Werktagen] [KBV/PatV: zwei Wochen]**); die Eingangssprechstunde dient der Abklärung des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 2, vorbehaltlich der Ergebnisse der differenzialdiagnostischen Abklärung,
 3. die differenzialdiagnostische Abklärung **[KBV: gemäß § 8 Absatz 1]** zeitnah nach der Eingangssprechstunde erfolgt (in der Regel innerhalb von **[GKV-SV/DKG/PatV: sieben Werktagen] [KBV: vier Wochen]** nach Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 2),
 4. der Beginn der Behandlung innerhalb des Netzverbundes zeitnah erfolgt,
 5. eine ~~einheitliche~~ verständliche Patientenkommunikation (~~gemeinsame Entscheidungsfindung, unterstützte Kommunikation~~) gewährleistet ist,
 6. eine ~~einheitliche~~ Befund- und Behandlungsdokumentation unter Wahrung der datenschutzrechtlichen sowie berufsrechtlichen Bestimmungen erfolgt,
 7. eine den Vorgaben der IT-Sicherheit und des Datenschutzes entsprechende elektronische Kommunikation **auch unter Einbezug der Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 306 SGB V innerhalb des Netzverbundes** gewährleistet ist,
 8. Patientinnen und Patienten in Krisen jederzeit betreut werden können. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Kooperationspartnern wie beispielsweise ambulante psychiatrische Pflegedienste oder Krankenhäuser gewährleistet werden,
 9. Regelungen zur Terminfindung innerhalb des Netzverbundes getroffen werden,
 10. patientenorientierte Fallbesprechungen insbesondere unter Einbeziehung der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 3 Absatz 1 in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden.

In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach dem Erstkontakt mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend **[KBV: patientenindividuell, aber]** mindestens **[GKV-SV/DKG/PatV: zweimal]** **[KBV: einmal]** im Quartal erfolgen **[GKV-SV/DKG/PatV:;]** **[KBV:.]**

GKV-SV	KBV	DKG	PatV
	§ 6 Absatz 1 Nummer 11		
	11. Die Netzverbünde gemäß § 3 Absatz 2 können niedrigschwellige Gruppenangebote zur Psychoedukation und Ressourcenstärkung für Patientinnen und Patienten und deren Angehörige einrichten. Sie werden von teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern geleitet. Der Zugang erfolgt auf Empfehlung der Bezugärztin oder des Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten. Die Gruppenangebote können auch von mehreren Verbünden gemeinsam realisiert werden. Hier kann auch der Einsatz der Möglichkeiten von Gruppen-Videosprechstunden erfolgen.		

GKV-SV	KBV	DKG	PatV
§ 6 Absatz 1 Nummer 11	§ 6 Absatz 1 Nummer 12	§ 6 Absatz 1 Nummer 11	§ 6 Absatz 1 Nummer 11
[GKV-SV, DKG: 11.] [KBV: 12.] Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden sowie eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes (bspw. Qualitätszirkel) erfolgt.			11. Qualitätsmanagementverfahren standards vereinbart und eingehalten werden sowie eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes (bspw. Qualitätszirkel) erfolgt.

(2) ¹Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. ²Patientinnen und Patienten sind vor Beginn der Versorgung nach dieser Richtlinie umfassend über das Versorgungsangebot in allgemeinverständlicher Sprache zu informieren, insbesondere allgemein über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots **sowie über die im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie mögliche Nutzung der elektronischen Patientenakte und das Widerspruchsrecht gemäß § 347 Absatz 1 Satz 4 und Absatz 3 Satz 6 SGB V und § 348 Absatz 3 Satz 8 SGB V.** ³Auf Basis des (vorläufigen) Gesamtbehandlungsplans erfolgt eine Information über alle im konkreten Einzelfall voraussichtlich an der Behandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und Einrichtungen sowie den für eine Versorgung nach dieser Richtlinie erforderlichen Austausch von relevanten patientenbezogenen Informationen zwischen diesen.

⁴Es ist sicherzustellen, dass auf Basis der Informationen nach Satz 1 bis 3 die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden und insbesondere bei der Hinzuziehung von weiteren zu Beginn der Versorgung nach dieser Richtlinie noch nicht beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und Einrichtungen auch hierfür entsprechende Einwilligungserklärungen im Laufe der Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie eingeholt werden.

(3) ¹Die Beratung und Behandlung **sowie die patientenorientierten Fallbesprechungen** können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. ²Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten. ³**Die Kommunikation im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie kann auch unter Berücksichtigung der verfügbaren Inhalte und Funktionalitäten der elektronischen Patientenakte und der Sofortnachrichtendienste gemäß § 342 Absatz 2 Nummer 2 SGB V unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen erfolgen.**

(4) Die Einhaltung der in den Absätzen 1 bis 3 geregelten Aufgaben und Anforderungen ist durch geeignete Regelungen **in der Vereinbarung ~~im~~ Netzverbundvertrag** oder im Rahmen der schriftlichen Erklärung nach § 3 Absatz 9 sicherzustellen.

§ 7 Zugang

- (1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf der Überweisung oder der Empfehlung, sofern der direkte Zugang nicht bei einem Netzverbundmitglied erfolgt ist.
- (2) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Sozialpsychiatrische Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.
- (3) Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer teil-, vollstationären oder stationsäquivalenten psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.
- (4) ¹Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Netzverbünde ²Mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 2 oder 3, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Netzverbund unmittelbar einen Termin nach § 6 Absatz 1 Nummer 2. ³Bei der Wahl des Netzverbundes ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

§ 8 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung

(1) ¹Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 oder 2. ²Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet. ³Die differenzialdiagnostische Abklärung ist eine psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung **[KBV: durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 im Rahmen ihrer berufsrechtlichen Kompetenzen und Pflichten]**, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.

GKV-SV/DKG	KBV	GKV-SV/DKG	PatV
§ 8 Absatz 1 Satz 4 ff			
⁴ Die differenzialdiagnostische Abklärung erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1. ⁵ Eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 wird Bezugärztin oder Bezugsarzt, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, 2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder	⁴ Die differenzialdiagnostische Abklärung ~~soll erfolgt~~ durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 ~~und 2 erfolgen.~~ ~~⁵Eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 wird Bezugärztin oder Bezugsarzt, sofern bei Patientinnen und Patienten~~ ~~1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen,~~ ~~2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher~~ ~~Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder~~ ~~3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen~~	⁴ Die differenzialdiagnostische Abklärung erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1. ⁵ Eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 wird Bezugärztin oder Bezugsarzt, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, 2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder 3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig	⁴ Die differenzialdiagnostische Abklärung erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1. ~~⁵Eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 wird Bezugärztin oder Bezugsarzt, sofern bei Patientinnen und Patienten~~ ~~1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen,~~ ~~2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher~~ ~~Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder~~

GKV-SV/DKG	KBV	GKV-SV/DKG	PatV
3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.	~~Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.~~ ⁵ Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan gemäß § 9 festgehalten.	wechselnden Therapieschema unterliegen.	~~3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.~~

(2) ¹Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. ²Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. ³Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet. **[GKV-SV: ⁴Dabei ist anzustreben, dass im Falle einer vorrangig psychiatrischen Behandlung nach Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 bis 3 auch eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 in die Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie einbezogen wird.]**

(3) ¹Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden. ²**Bestehen solche Hilfen aus Leistungsbereichen außerhalb des SGB V, werden diese im Rahmen der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie berücksichtigt.** ²³Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Kinder, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.

GKV-SV	KBV, DKG, PatV
§ 8 Absatz 4	
(4) ¹ Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten im Rahmen mehrerer Netzverbünde nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. ² Daher ist der Beginn und das Ende der Versorgung in einem Netzverbund der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten	(4) ¹ Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten im Rahmen mehrerer Netzverbünde nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. ² Daher ist der Beginn der Versorgung in einem Netzverbund der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten

~~anzuzeigen.~~ mit einer standardisierten und einheitlichen Meldung unverzüglich anzuzeigen. ³ Die Meldung beinhaltet die lebenslange Arztnummer der Bezugärztin oder des Bezugarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten, die numerische Kennzeichnung der Versicherten, 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 Bezugarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten.	anzuzeigen.

(5) ¹Eine parallele Behandlung durch nicht an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer nach § 3 Absatz 1 ist ausgeschlossen, wenn sich diese Behandlung auf eine Diagnose nach § 2 Absatz 2 bezieht. ²Dies gilt auch für eine parallele Verordnung derselben Maßnahmen für dieselbe Diagnose, aber nicht für die Fortsetzung begonnener Behandlungen nach § 3 Absatz 12.

§ 9 Gesamtbehandlungsplan

(1) ¹Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten **unter Berücksichtigung der zum Behandlungszeitpunkt mit der elektronischen Patientenakte verfügbaren Inhalte** ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. ²Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 3 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen einzubeziehen; **bestehende Unterstützung gemäß § 8 Absatz 3 ist zu dokumentieren.** ³Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, Soziotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. **⁴Dabei wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erforderlich sind und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form, beispielsweise als Fallbesprechung oder Konsil.** ⁵Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. ⁶Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin auch die namentliche Benennung der Person, die die Koordination nach § 10 durchführt.

(2) ¹Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. ²Hierfür wird mit der Patientin oder dem Patienten und ihren oder seinen relevanten Bezugspersonen besprochen, wie Krisen vermieden werden können, wie mit Krisen umzugehen ist und welche Hilfen sie oder er im Krisenfall erhalten kann.

(3) ¹Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer verbindlich. ²Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligter Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen. ³Diese oder dieser entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans; Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. ⁴Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob **[GKV-SV/DKG: hinsichtlich der Vorgaben in § 8 Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 bis 3 Änderungen eingetreten sind] [KBV: ~~hinsichtlich der Vorgaben in § 8 Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 bis 3 Änderungen eingetreten sind~~ eine weitere Abstimmung gemäß § 9 Absatz 1 Satz 4 erforderlich ist].**

§ 10 Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund

Die Koordination nach § 5 umfasst:

1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern,
2. das Nachhalten der Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans,
3. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes,
4. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,
5. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich,
6. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und das Hinwirken auf Termintreue,
7. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten,
8. Kontaktaufnahme und den Austausch zur Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen für die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten.

§ 11 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

- (1) ¹Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene im Rahmen des Entlassmanagements ~~durch die Anwendung eines geeigneten Assessments~~ gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. ²Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.
- (2) ¹Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugssärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten. ²Die die Koordinationsaufgaben nach § 10 durchführende Person wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.
- (3) ¹Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Netzverbund nach § 3 auf und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. ²Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin zur Eingangssprechstunde. ³Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung zu erfolgen. ⁴Bei Ablehnung der Vermittlung in einen Netzverbund informiert das Krankenhaus die Patientin oder den Patienten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.
- (4) Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein teilstationärer, vollstationärer oder stationsäquivalenter Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugssärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.
- (5) ¹Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. ²Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einem Netzverbund Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.

(6) ¹Die Informationen der Behandlung können auch unter Einbeziehung der Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V sowie § 342 SGB V zur Verfügung gestellt werden. ²Dies gilt einerseits für die Begleitinformationen zur Patientenaufnahme im Krankenhaus aus dem ambulanten Bereich und andererseits bei der Entlassung von Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus in eine ambulante Anschlussversorgung.

§ 12 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

(1) ¹Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. ²Sofern erforderlich, sind die Therapieziele des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.

(2) ¹Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu überprüfen. ²Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. ³Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben; dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringenden und Leistungserbringer gewahrt werden. ⁴Hierzu erstellt die Bezugärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält. ⁵Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch denselben Netzverbund anzustreben.

§ 13 Evaluation

¹Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. ²In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. ³Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.

Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Anpassung der Richtlinie über die
berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte
Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke
Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder
psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Vom T. Monat JJJJ

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	4
2.1	Anpassungen in Abschnitt A. Allgemeines.....	6
2.1.1	§ 2 Definition der Patientengruppe.....	6
2.1.2	§ 3 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.....	8
2.1.3	§ 4 Bezugärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut	16
2.1.4	§ 6 Aufgaben und Organisation des Netzverbundes.....	18
2.2	Anpassungen in Abschnitt B. Patientenversorgung.....	23
2.2.1	§ 8 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung.....	23
2.2.2	§ 9 Gesamtbehandlungsplan.....	26
2.2.3	§ 11 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs.....	27
3.	Würdigung der Stellungnahmen	28
4.	Bürokratiekostenermittlung	28
5.	Verfahrensablauf	28
6.	Fazit.....	28

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) 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. Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung wird 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

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>

Gebiete „Psychotherapie für Erwachsene“ , „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 Übernahme der Bezugsfunktion in der Versorgung der Patientinnen und Patienten 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 beobachten und nach einem angemessenen Zeitraum auch die nun hiermit getroffenen Regelungen evaluieren.

2.1 Anpassungen in Abschnitt A. Allgemeines

2.1.1 § 2 Definition der Patientengruppe

Zu § 2 Absatz 2:

GKV-SV/PatV:

Die vorliegende Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Die Patientengruppe, an die sich diese Versorgung richtet, wird neben dem Vorliegen von Einschränkungen des psychosozialen Funktionsniveaus und eines komplexen Behandlungsbedarfs auch durch eine bestehende psychische Erkrankung aus dem V. Kapitel (F10 bis F99) des ICD-10-GM beschrieben.

Erkrankungen aus dem Abschnitt „Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ (F00-F09) des V. Kapitels des ICD-10-GM sind von der Versorgung nach dieser Richtlinie ausgenommen, sofern es sich dabei um die einzige psychische Erkrankung aus dem V. Kapitel des ICD-10-GM handelt.

Wie bereits in den Tragenden Gründen zur Erstfassung dieser Richtlinie dargestellt, umfasst der Abschnitt F00-F09 „*Störungsbilder, die nachweisbar durch eine zerebrale Krankheit, eine Hirnverletzung oder eine andere Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt, verursacht sind. Dies wird i.d.R. bei der Diagnosestellung durch die Verwendung einer zweiten Kodierung, nämlich der den in F00-F09 klassifizierten Syndromen zugrundeliegenden Erkrankung aus dem entsprechenden Kapitel der ICD-10-GM, wie z.B. dem Kapitel VI „Krankheiten des Nervensystems“ (G00-G99), kenntlich gemacht.*

Die im Abschnitt F00-F09 aufgeführten organischen psychischen Störungen unterscheiden sich sowohl aufgrund ihrer Ätiologie als auch hinsichtlich ihres Verlaufs und des Schwerpunkts der erforderlichen Behandlungsmaßnahmen, die notwendigerweise auf die Behandlung der ursächlichen organischen oder systemischen Erkrankung fokussieren, von denjenigen primären psychischen Störungen, die das Indikationsspektrum dieser Richtlinie bilden. Sie bedürfen daher einer darauf ausgerichteten, spezifischen Versorgung, die in dieser Form nicht Gegenstand dieser Richtlinie ist.“⁴

Bei dementiellen Erkrankungen können neben den Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit, der Sprache, des Auffassungs- und Denkvermögens sowie der Orientierung auch weitere psychische Erkrankungen wie bspw. Depression oder Angst auftreten. Die S3-Leitlinie Demenzen⁵ empfiehlt daher eine psychotherapeutische Behandlung nur zur Behandlung der Komorbiditäten, bspw. eine Verhaltenstherapie von Depressionssymptomen bei leichter Demenz; bei Angst hingegen zeigt sich keine Evidenz für die Wirksamkeit für eine medikamentös-begleitete oder nicht-medikamentöse Behandlung und Verhaltenstherapie. Versicherte mit neurologischen oder anderen somatischen Erkrankungen und einer zusätzlich

⁴ **Gemeinsamer Bundesausschuss.** Tragende Gründe zum Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) vom 2. September 2021 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2021. [Zugriff: 09.12.2024]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-7945/2021-09-02_KSVPsych-RL_Erstfassung_TrG.pdf

⁵ **Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN).** Demenzen; S3-Leitlinie, Langfassung, Version 4.0. [online]. AWMF-Registernummer 038-013. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2023. [Zugriff: 09.12.2024]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-013l_S3_Demenzen_2025-01-verlaengert.pdf

vorliegenden psychischen Störung können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten, sofern auch die Vorgaben zum psychosozialen Funktionsniveau und komplexen Behandlungsbedarf erfüllt sind, jedoch richtet sich die Behandlung der Patientinnen und Patienten nicht auf die Schwierigkeiten der Demenz im Alltag und der Eingliederung, die durch andere medizinische und pflegerische Behandlungsmaßnahmen adressiert werden. Zur Einordnung sollte auch die Nationale Demenzstrategie⁶ herangezogen werden.

KBV/DKG:

Um die Versorgung nach der KSVPsych-RL insbesondere auf die schwer psychisch erkrankten Versicherten auszurichten, wurden in § 2 Regelungen festgelegt, die einer zielgerichteten Identifikation dieser Patientengruppe dienen sollen. In Absatz 2 wurde demnach als ein Kriterium für die Definition der Patientengruppe eine Auflistung relevanter Diagnosen aus dem fünften Kapitel des ICD-10-GM aufgenommen. Diese sahen bislang einen Ausschluss der organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störungen (F00 – F09 des fünften Kapitels des ICD-10-GM) und damit auch der Demenzen vor. Allerdings ist auch für die Versorgung dieser Patientengruppe zumeist eine multiprofessionelle und kooperative Komplexbehandlung durch verschiedene Berufsgruppen von Bedeutung. Auch lässt sich der Schweregrad einer Erkrankung und die Komplexität des Behandlungsbedarfs oft nicht an einer konkreten Diagnose festmachen, sondern hängt von vielen weiteren Konstellationen ab und unterscheidet sich von Fall zu Fall. Der Einbezug dieser Patientengruppe bei der Komplexbehandlung nach der KSVPsych-RL kann ggf. stationäre Einweisungen vermeiden, die für diese Patientengruppe oftmals durch Verlassen des vertrauten Lebensumfeldes mit einer Verschlechterung der Symptome einhergeht. Ein Einschluss dieser Patientengruppe ist auch vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der damit verbundenen stetig wachsenden Anzahl von Demenzpatienten und -patientinnen in Deutschland sinnvoll. Da sich auch im Rahmen der Befragung im Zwischenbericht zur Evaluation der Richtlinie Hinweise darauf ergeben haben, dass der Ausschluss relevanter Krankheitsbilder der Gruppe F0 von potentiellen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern als Umsetzungshürde gesehen wird (vgl. Zwischenbericht, S. 35 und S. 62), wird mit vorliegendem Beschluss diese Diagnosegruppe nicht länger bei der Charakterisierung der Patientengruppe ausgeschlossen.

⁶ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Nationale Demenzstrategie [online]. Berlin (GER): BMFSFJ; 2020. [Zugriff: 09.12.2024]. URL: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/159762/5a16ea542c67ed29aa458b8c30a5ad82/200701-nationale-demenzstrategie-data.pdf>

2.1.2 § 3 Teilhabeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

Zu § 3 Absatz 1:

[GKV-SV/KBV/DKG:

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.]

§ 3 Absatz 2:

Zu § 3 Absatz 2 Satz 1:

Alle:

Absatz 2 Satz 1 wird **[GKV-SV/KBV/DKG: neu gefasst] [PatV: angepasst]**, 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 rechtliche 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 einseitigen schriftlichen Erklärungen erfolgen.

[GKV-SV/KBV/DKG: In Absatz 2 Satz 1 wird zum anderen aufgenommen, dass eine örtliche Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder ein zugelassenes medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) ein Netzverbund sein können, um berufsgruppenübergreifend Patientinnen und Patienten im Sinne dieser Richtlinie in der Region zu versorgen.]

[DKG/PatV: Die Regelung, mit welchen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Zusammenschluss zu einem Netzverbund möglich ist, wird um die „ermächtigten“ Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ergänzt. Dieses Erfordernis ergibt sich aus den zuletzt erfolgten Anpassungen der „Zulassungsverordnung für Vertragsärzte“ mit Inkrafttreten vom 15. Februar 2025. Demnach sind 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. Somit sind ausdrücklich die mit der KSVPsych-RL adressierten Patientengruppen

umfasst und haben demnach das Potenzial, durch eine Erweiterung des Versorgungsangebotes, einen Beitrag zu einer bedarfsgerechten Versorgung zu leisten.]

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

Zu § 3 Absatz 2 Satz 2:

[GKV-SV/KBV/DKG:

In § 3 Absatz 2 Satz 2 wird zunächst klargestellt, dass die fachlichen Qualifikationsvoraussetzungen auch für Netzverbünde, die aus einer BAG oder einem MVZ gebildet werden, gelten.]

Alle:

In § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 wurden bei der Aufzählung der zur Teilnahme am Netzwerk beteiligten Ärzte und Ärztinnen 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.

[GKV-SV: Die Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie werden nicht in KSVPsych-RL aufgenommen, da die Neuropsychologische Therapie ausschließlich bei organisch bedingten psychischen Störungen Anwendung finden kann. Diese Erkrankungen bedürfen spezifischer Behandlungsmaßnahmen, die sich auf die Behandlung der ursächlichen organischen oder systemischen Erkrankung fokussieren und in dieser Form nicht Gegenstand der Richtlinie sind.].

[KBV/DKG: Mit Blick auf die Aufnahme der Diagnosen F00 bis F09 gemäß § 2 Absatz 2 käme die Berücksichtigung der Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie unter Nummer 3. in Betracht, wird jedoch aufgrund der geringen Anzahl der Berufsangehörigen aktuell nicht ergänzt.]

Zu § 3 Absatz 2 Satz 3 ff.:

GKV-SV:

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.

Es wurde darüber hinaus festgelegt, dass mindestens eine bzw. einer der genannten Fachärztinnen und Fachärzte sowie eine bzw. einer der genannten Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten oder Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt, um trotz reduzierter Mitgliederzahl im Netzverbund die Stabilität der Versorgung und der bezugsärztlichen oder -psychotherapeutischen Tätigkeit für die Patientin oder den Patienten im Netzverbund zu gewährleisten. Zwar ist keine verpflichtende Verbindung zwischen einem vollen Versorgungsauftrag und einer bezugsärztlichen oder -psychotherapeutischen Tätigkeit vorgesehen; aufgrund der Schwere der Erkrankung der Patientinnen oder Patienten ist jedoch zu erwarten, dass häufig die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer diese Funktion übernehmen, da Ihre Präsenz in der Praxis besonders hoch ist. Es wird zudem vorgegeben, dass auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) einen Netzverbund darstellen können, wenn sie die in § 3 Absatz 2 Satz 3 und 4 definierten personellen Anforderungen erfüllen. 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 MVZ oder einer BAG gelten daher dieselben Anforderungen wie für einen Netzverbund bestehend aus mehreren Einzelpraxen.

DKG/PatV:

Im Fazit des Zwischenberichts zur Evaluation der Richtlinie wird darauf hingewiesen, dass organisatorisch-administrative und strukturelle Anforderungen als Hürden einer flächendeckenden Umsetzung im Rahmen der Befragung der Kassenärztlichen Vereinigungen und beratender Fachausschüssen identifiziert wurden (Vgl. Zwischenbericht, S. 38). In der Diskussion des Zwischenberichts wird hervorgehoben, dass sich die Bedenken potenzieller Teilnehmender insbesondere auf mögliche Risiken für die eigene Praxis - wie Vertragsschlüsse, Haftungsrisiken, Vergütungsweiterleitung -, den mit einer Teilnahme verbundenen formal-bürokratischen Aufwand sowie die finanzielle Attraktivität der Teilnahme beziehen (Vgl. Zwischenbericht, S. 36). Um den formal bürokratischen Aufwand in der Praxis möglichst gering zu halten, wird daher mit dem vorliegenden Beschluss auf die Vorgabe eines verpflichtend zu schließenden Netzverbundvertrags für den Zusammenschluss als Netzverbund verzichtet. Dies soll die Umsetzung und das Zustandekommen der Netzverbünde perspektivisch erleichtern und bürokratische Hürden abbauen. Um Netzverbünde, die bereits einen Netzverbundvertrag geschlossen haben nicht zu benachteiligen, wird in Satz 6 klargestellt, dass der Abschluss eines Netzverbundvertrages weiterhin möglich ist und bestehende Verträge somit nicht ihre Gültigkeit verlieren oder gekündigt werden müssen.

Um diesen Herausforderungen zu begegnen, wird die Größe des Netzverbundes von 10 auf **[DKG: sechs] [PatV: fünf]** Teilnehmende reduziert. Der Zwischenbericht zeigt, dass häufig nicht ausreichend Fachärztinnen und Fachärzte bzw. Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten in der Region vorhanden sind, um einen Netzverbund entsprechend zu bilden (vgl. Zwischenbericht, S. 32 f.) und gleichzeitig eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen.

Ein Netzwerk kann sich demnach künftig aus mindestens [DKG: sechs] [PatV: fünf] der in § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1-3 gelisteten Fachärztinnen und Fachärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bilden, von denen mindestens zwei Fachärztinnen und Fachärzte gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und zwei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sein müssen, um weiterhin das Vorhandensein psychiatrischer und psychotherapeutischer Expertise sicherzustellen.

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 Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag verfügt. Die bisherige Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrages für die bezugsärztliche Tätigkeit von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen 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 Netzwerkteilnehmer sind halbe Versorgungsaufträge oder diesem Umfang entsprechende Anstellungsgenehmigungen ausreichend. Damit sollen die Voraussetzungen für die Bildung von Netzwerken weiter vereinfacht werden.

KBV Satz 3:

Auch die Größe des Netzwerkes wird von 10 auf 6 Mitglieder reduziert, da die Ergebnisse des Zwischenberichts darauf hinweisen, dass häufig nicht ausreichend Fachärztinnen und Fachärzte bzw. Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten in der Region vorhanden sind, um ein Netzwerk entsprechend bilden zu können (vgl. Zwischenbericht, S. 32 f.) und um ein flächendeckendes Versorgungsangebot gewährleisten zu können. 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 oder Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten vertreten sein.

KBV Satz 4:

Eine oder einer der genannten Fachärztinnen und Fachärzte, Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten im Netzwerk verfügt über einen vollen Versorgungsauftrag. Diese Anforderung orientiert sich an § 6 - Aufgaben und Organisation eines Netzwerkes und adressiert die fachliche Koordination im Netzwerk.

KBV Satz 5:

Im Anschluss an das Fazit des Zwischenberichts zur Evaluation der Richtlinie werden die formal bürokratischen Aufwände in der Praxis gesenkt und daher auf die Vorgabe eines verpflichtend zu schließenden Netzwerkvertrags für den Zusammenschluss als Netzwerk verzichtet. Dies soll die Umsetzung und das Zustandekommen der Netzwerke perspektivisch erleichtern und bürokratische Hürden abbauen. Um Netzwerke, die bereits einen Netzwerkvertrag geschlossen haben, nicht zu benachteiligen, wird in Satz 5 klargestellt, dass der Abschluss eines Netzwerkvertrages weiterhin möglich ist und bestehende Verträge somit nicht ihre Gültigkeit verlieren oder gekündigt werden müssen. Anstelle eines

förmlichen Netzverbundvertrages kann eine andere Form der verbindlichen Vereinbarung getroffen werden oder eine schriftliche Erklärung der Netzverbundmitglieder zur Zusammenarbeit im Netzverbund getroffen werden.

KBV/DKG Satz 6:

Mitglieder eines MVZ oder einer örtlichen BAG arbeiten unter einem Dach, auf Basis bereits bestehender Rechts- und Kommunikationsstrukturen. Daher kann davon ausgegangen werden, dass ein niedrigschwelliger fachlicher Austausch und eine Zusammenarbeit vor Ort mit einer ggf. geringeren personellen Mindestanforderung in einem ähnlichen Maß möglich ist wie in einem dezentral angesiedelten Netzverbund, der sich aus mindestens 6 Mitgliedern zusammensetzt.

MVZ und örtliche BAG müssen abweichend von § 3 Absatz 2 Satz 4 über mindestens drei volle Versorgungsaufträge oder Anstellungsgenehmigungen und damit mindestens über drei Personen der Fachgruppen nach § 3 Absatz 2 Satz 3 verfügen; diese können sich jedoch auch auf mehrere Personen verteilen. Die Regelung zielt auf eine größere Flexibilität innerhalb einer entsprechenden BAG oder eines MVZ. Innerhalb dieser Vorgabe muss das MVZ oder die örtliche BAG mindestens über einen halben psychiatrischen und einen halben psychotherapeutischen Versorgungsauftrag oder entsprechende Anstellungsgenehmigungen der Fachgruppen gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 und 2 verfügen, so dass sichergestellt ist, dass Expertise aus beiden Fachgruppen vorgehalten wird. Weiterhin ist ein Vollzeitäquivalent (auch möglich, über mehrere Personen aufzuteilen) für die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 5 vorzuhalten.

Alle:

Die Verpflichtungen für die Netzverbundmitglieder nach dieser Richtlinie gelten entsprechend für das zugelassene MVZ oder die örtliche BAG.

Zu § 3 Absatz 3 Satz 1:

Alle:

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 durch Vereinbarung oder schriftliche Erklärungen nachgewiesen werden kann.

Zu § 3 Absatz 3 Satz 2:

Alle:

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 dies jedoch nicht gelingen, ist es ausnahmsweise möglich, eine Kooperation mit einem anderen Krankenhaus einzugehen. Dabei sollte sichergestellt sein, dass in der kooperierenden

Klinik entsprechende Kompetenzen bei der Behandlung schwer psychisch erkrankter Menschen vorhanden sind. Um ebenso 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, Urt. v. 6. 4. 2022 – B 6 KA 12/21 R).

Zu § 3 Absatz 3 Satz 5:

KBV:

Es wird eine Ausnahmeregelung für die Kooperation mit einem Krankenhaus aufgenommen. Wie bisher in der Richtlinie vorgesehen, ist grundsätzlich auch weiterhin die Kooperation eines Netzverbundes mit mindestens einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene, welches in der Region des Netzverbundes für die psychiatrische Pflichtversorgung zuständig ist, verpflichtend, um die sektorenübergreifende Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen.

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

Da in der Praxis oftmals bereits informelle Kooperationen zwischen dem vertragsärztlichen Bereich und den Krankenhäusern existieren bzw. häufig ein guter Austausch über die Sektorengrenzen hinweg besteht, sollen Netzverbünde nicht gänzlich von der Möglichkeit der Versorgung nach der Richtlinie ausgeschlossen werden, wenn diese sich ernsthaft um eine Kooperation mit einem Krankenhaus bemüht haben, aber kein zur Kooperation bereites nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene finden konnten. Aus diesem Grund wird mit vorliegendem Beschluss und in einem neuen Satz 6 eine Ausnahmeregelung aufgenommen, die vorsieht, dass ein Netzverbund auch ohne ein kooperierendes Krankenhaus Leistungen nach dieser Richtlinie erbringen kann, wenn er innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites und sich in der räumlichen Nähe zum Netzverbund liegendes Krankenhaus finden konnte und auch kein geeignetes Krankenhaus bereit war, eine schriftliche Erklärung zur Kooperation abzugeben. Von einem ernsthaften Bemühen ist beispielsweise dann auszugehen, wenn ein Netzverbundmitglied Kontakt mit dem Geschäftsführer oder einem anderen Vertretungsberechtigten der relevanten Krankenhäuser, die sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden, aufgenommen hat und eine Abstimmung über eine mögliche Kooperation geführt wurde. Das Datum und das Ergebnis der Abstimmung ist schriftlich zu vermerken. Diese Vermerke oder entsprechender Schriftwechsel sind bei Inanspruchnahme der Ausnahmeregelung nach Satz 5 im Rahmen der Genehmigung nach § 3 Absatz 9 nachzuweisen. Das Verfahren wird von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung festgelegt.

Macht der Netzverbund von der Ausnahmeregelung nach Satz 6 Gebrauch, ist in diesem Fall ein Konzept für die jederzeitige Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen gemäß § 6 Absatz 1 Nummer 8 vorzulegen. Des Weiteren kann die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung mit Blick auf den Grundsatz der Kooperationsverpflichtung eine zeitliche Befristung der Genehmigung aussprechen und damit in angemessenen Zeiträumen zu weiteren Kooperationsversuchen auffordern.

Zu § 3 Absatz 4 Satz 1:

Alle:

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 Erklärung bestätigt werden kann.

Zu § 3 Absatz 4 Satz 2:

Alle:

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 6:

Alle:

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 für Psychotherapeuten*innen in der Fassung vom 24. April 2021, zuletzt geändert am 15. und 16. November 2023.

Zu § 3 Absatz 9:

Alle:

In Absatz 9 sind die Vorgaben zur Prüfung der formalen Voraussetzungen der Netzverbünde 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 Netzverbund 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 Netzverbund- bzw. Kooperationsvertrages, oder in Form von schriftlichen einseitigen Erklärungen erfolgen; aus den Nachweisen muss insbesondere eine Zuordnung zum Netzverbund 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, so kann zum Beispiel die Zusammenarbeit bei

Aufnahme und Entlassung von Patientinnen und Patienten sowie die Teilnahme an Fallbesprechungen vorgesehen werden.

Zu § 3 Absatz 11:

Alle:

Mit der Änderung in diesem Absatz wird klargestellt, dass die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen das Angebot der Netzverbünde 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 **[GKV-SV/PatV: quartalsweise]** zur Verfügung. Die Netzverbünde müssen demnach ihre Erreichbarkeit und ihr Angebot ausschließlich den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen mitteilen.

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

2.1.3 § 4 Bezugärztin oder Bezugsarzt und Bezugpsychotherapeutin oder Bezugpsychotherapeut

Zu § 4 Absatz 1:

GKV-SV/KBV:

In Absatz 1 Satz 2 wird die Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrages ersetzt durch eine Regelung zur telefonischen Erreichbarkeit. Die Bezugärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugpsychotherapeutin oder der Bezugpsychotherapeut muss sicherstellen, 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. Die Vorgabe knüpft an die Psychotherapie-Richtlinie an, wonach Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einem vollen Versorgungsauftrag 200 Minuten pro Woche erreichbar sein müssen. Die Anpassung 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. Die Erreichbarkeitszeiten der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können entsprechend für die Erreichbarkeitszeit in der bezugsärztlichen oder bezugspsychotherapeutischen Funktion herangezogen werden.

DKG/PatV:

Im Rahmen der Prüfung der Erstfassung der Richtlinie gemäß § 94 SGB V hat das BMG darauf hingewiesen, dass insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen der Regelung in § 4 Absatz 1 zum vollen Versorgungsauftrag der Bezugärztinnen oder Bezugärzte und der Bezugpsychotherapeutinnen und Bezugpsychotherapeuten hinsichtlich der Bildung der Netzverbünde eine frühzeitige Beobachtung angezeigt erscheint. Ergänzend hat das BMG darauf hingewiesen, dass „die Möglichkeit oder ggf. Notwendigkeit einer Anpassung (...) dann zu prüfen [wäre], wenn sich herausstellen sollte, dass die Vorgabe ungeeignet ist, weil die Versorgung ohne die Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit geringerem Versorgungsauftrag nicht zustande kommt, oder wenn ersichtlich werden sollte, dass das Ziel der Verfügbarkeit auch mit einem milderen Eingriff in die Berufsausübung sichergestellt werden könnte.“⁷ Im Rahmen des Zwischenberichts zur Evaluation wurde im Fazit konstatiert, dass die Vorgabe des vollen Versorgungsauftrages als Hürde einer flächendeckenden Umsetzung zu bestehen scheint (vgl. Zwischenbericht, S. 38). Unabhängig von dieser Einschätzung bleibt weiterhin fraglich, inwieweit ein voller Versorgungsauftrag überhaupt ein geeignetes Kriterium dafür sein kann, ob ein Vertragsarzt oder -psychotherapeut den inhaltlichen, zeitlichen sowie fachlichen Aufgaben der Bezugsrolle gerecht werden kann. In den Statistischen Informationen aus dem Bundesarztregister zur vertragsärztlichen Versorgung (Stand 31.12.2023)⁸ ist ersichtlich, dass sowohl in der Fachgruppe der ärztlichen Psychotherapeuten, als auch in der der Psychologischen Psychotherapeuten deutlich mehr Zulassungen mit einem hälftigen Versorgungsauftrag vorliegen, als mit einem vollen. Die Veränderungen zum Vorjahr zeigen eine Abnahme voller Versorgungsaufträge und eine Zunahme hälftiger Versorgungsaufträge in dieser Gruppe. In der Fachgruppe

⁷ **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

⁸ **Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).** Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister: Bundesgebiet insgesamt [online]. Berlin (GER): KBV; 2023. [Zugriff: 11.12.2024]. URL: https://www.kbv.de/media/sp/2023-12-31_BAR_Statistik.pdf

Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie gibt es zwar aktuell noch deutlich mehr volle Versorgungsaufträge. Allerdings zeigt sich hier im Vergleich zum Vorjahr auch eine klare Tendenz zur Zunahme der hälftigen Versorgungsaufträge. Um regional nicht erhebliche Unterschiede in der Etablierung des Versorgungsangebotes zu erhalten, wird die Vorgabe des vollen Versorgungsauftrages mit dem vorliegenden Beschluss gestrichen und durch die Vorgabe eines halben Versorgungsauftrags bzw. eine diesem Umfang entsprechende Anstellungsgenehmigung ersetzt. Dadurch wird weiterhin ein Mindestmaß an Erreichbarkeit sichergestellt, es ansonsten aber der Eigenverantwortlichkeit der oder des entsprechenden Fachärztin oder Facharztes bzw. der oder des entsprechenden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten oder Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeuten überlassen, einzuschätzen, inwieweit sie oder er der Verantwortung der Bezugsrolle und der Ansprechbarkeit in Krisen gerecht werden kann. 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%-ige Teilzeittätigkeit erforderlich. Dies gilt auch für den Fall, in dem ein nach § 108 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 Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein möchte.

Alle:

Die Streichung in Satz 4 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 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] [DKG/PatV: Satz 3] Nummer 4:

Alle:

Entsprechend der Ergänzung um die Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten in § 3 Absatz 2 Nummer 2 erfolgt die gleiche Ergänzung auch in § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] [DKG/PatV: Satz 3] Nummer 4 der Richtlinie.

Zu § 4 Absatz 3:

Alle:

In Absatz 3 wird die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen als Aufgabe der oder des bezugsärztlich oder bezugspsychotherapeutisch tätigen Leistungserbringerin oder Leistungserbringers 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.

2.1.4 § 6 Aufgaben und Organisation des Netzverbundes

Zu § 6 Absatz 1 Nummer 2:

KBV/PatV:

In § 6 Absatz 1 Nr. 2 ist das Ziel ein zeitnaher Zugang zur Eingangssprechstunde nach einer Überweisung oder Empfehlung für eine Versorgung nach dieser Richtlinie. Allerdings hat sich die Regelfrist von sieben Tagen in der Praxis als zu ambitioniert erwiesen. Gerade für kleinere Netzverbünden kann es eine besondere Herausforderung darstellen, innerhalb dieser Frist einen Termin zur Verfügung zu stellen. Die Regelfrist wird daher auf zwei Wochen verlängert. Dadurch sollen organisatorische Hürden überwunden werden können, ohne das Ziel eines zeitnahen Zugangs zu gefährden. Die Beibehaltung der Formulierung „in der Regel“ bietet den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer eine flexible Handhabung, während der Fokus auf einer kurzfristigen Terminvergabe weiterhin gewahrt bleibt.

Zu § 6 Absatz 1 Nummer 3:

KBV:

Die Anpassung der Fristen zwischen Überweisung, Eingangssprechstunde und Differentialdiagnostik berücksichtigt die Rückmeldungen aus der Evaluation. Die Verlängerung der Frist für die Differentialdiagnostik berücksichtigt, dass in der Neufassung in § 8 Abs. 1 künftig diese gemeinschaftlich durch Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten erbracht werden soll und diese sich auch hier austauschen. Ein kurzfristiger Zugang bleibt möglich, da mit der Eingangssprechstunde die Anbindung an eine Praxis erfolgt ist und die koordinierte Versorgung auf Basis eines vorläufigen Behandlungsplanes gemäß § 8 Absatz 1 begonnen werden kann.

PatV:

Mit Blick auf die Personengruppe, die mit dieser Versorgung adressiert wird, ist der zeitnahe Zugang zur Differentialdiagnostik weiterhin erforderlich. Die Regelung der sieben Tage wird daher beibehalten, insbesondere auch mit Blick auf die Formulierung „i.d.R.“, die im Einzelfall auch flexible Anpassungen der Frist erlaubt.

Zu § 6 Absatz 1 Nummer 2 und 3:

GKV-SV/DKG:

Die Versorgung nach dieser Richtlinie richtet sich an eine ausgesprochen vulnerable Patientengruppe, für die in erster Linie der Zugang zur Versorgung mit Herausforderungen verbunden ist; entsprechend wichtig ist daher eine klare Regelung des Zugangs. In diesem Zusammenhang ist eine Vorgabe von Fristen für einen zeitnahen Zugang insbesondere zur Eingangssprechstunde und zur differentialdiagnostischen Abklärung ein wesentliches Element dieser Versorgungsform. Die Formulierung „i.d.R.“ flexibilisiert die Vorgaben für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zwar, die Bedeutung eines kurzfristigen Zugangs bleibt aber erkennbar.

Zu § 6 Absatz 1 Nummer 5:

Alle:

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.

Zu § 6 Absatz 1 Nummer 6:

Alle:

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:

Alle:

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. **[DKG/PatV:** Die Einfügung von „auch“ macht deutlich, dass die Vorgabe nicht zwingend ist, aber gewünscht wird.]

Zu § 6 Absatz 1 Nummer 10:

KBV:

Die Frequenz der Fallbesprechungen, an denen alle an der Versorgung Beteiligten teilnehmen, sollte patientenindividuell geplant werden. Ein Kernelement der Richtlinie ist der berufsgruppenübergreifende Austausch der an der Versorgung Beteiligten. Dieses Kernelement wird weiterhin durch die Richtlinie gewährleistet, allerdings flexibler und bedarfsgerechter ausgestaltet. Insbesondere bei stabilen, zum Beispiel medikamentös gut eingestellten Patienten oder auch bei Patienten nach überstandenen Krisen kann eine Fallbesprechung im Quartal bedarfsgerecht sein. Daher wird auf weitergehende Vorgaben verzichtet und dies in die Abstimmung der beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gegeben. Zu berücksichtigen ist weiter, dass ein kontinuierlicher Austausch der beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in der Koordination angelegt ist.

PatV:

Die Vorgabe von zwei Fallbesprechungen aus der bisherigen Richtlinie wird weiterhin für sinnvoll gehalten.

Zu § 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV):

GKV-SV:

Gruppentherapie bietet eine Vielzahl von Vorteilen, Studien belegen zudem die gleichwertige Wirksamkeit von Einzel- und gruppentherapeutischen Leistungen. In den letzten Jahren ist die Gruppentherapie durch verschiedene Aufträge des Gesetzgebers gefördert worden, um organisatorische und inhaltliche Hürden, sowohl bei Patientinnen und Patienten als auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, abzubauen. Zusätzlich zu den in der Versorgung bereits bestehenden Möglichkeiten wie beispielsweise psychiatrischer Gruppenbehandlungen und der Gruppenpsychotherapie, wurde 2021 die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung eingeführt, die ein niedrigschwelliges Gruppenangebot darstellt, das neben der ersten Entlastung von der jeweiligen psychischen Symptomatik u. a. auch eine anleitende Informationsvermittlung vorsieht. Die Implementierung eines weiteren niedrigschwelligen Gruppenangebots, das im Rahmen des Innovationsfondsprojekts NPPV (NPPV – Verbesserte Versorgung psychischer und neurologischer Erkrankungen) bereits hinsichtlich seiner Qualität schlechter bewertet wurde als die bereits bestehende Regelversorgung (vgl. Ergebnisbericht zum NPPV-Projekt⁹), kann daher nicht nachvollzogen werden.

KBV:

Psychoedukation stärkt die Ressourcen zur Krankheitsbewältigung bei Patienten und Patientinnen sowie deren Angehörigen, indem sie mehr Wissen über ihre Krankheit, wie z.B. Selbsthilfestrategien und Therapiemöglichkeiten, erhalten. Im Gruppensetting können die Patientinnen und Patienten von den Erfahrungen und Strategien anderer Personen profitieren. Psychoedukation ersetzt weder eine Einzel- noch eine Gruppentherapie, sondern hilft, Patientinnen und Patienten zu stabilisieren und auch ihre Angehörigen einzubeziehen. Die Bezugärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut empfiehlt jeweils denjenigen die Teilnahme, die nach therapeutischer oder ärztlicher Einschätzung profitieren können. Die Gruppenangebote können innerhalb eines Verbundes oder auch von mehreren gemeinsam realisiert werden. Gerade eine Kooperationsmöglichkeit der Verbünde ermöglicht hier schnelle und niederschwellige Unterstützungsmöglichkeiten, die auch mittels Gruppen-Videosprechstunden erfolgen können.

Zu § 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV):

PatV:

Zur weiteren Erleichterung der Bildung auch kleinerer Netzverbünde ist künftig die Vereinbarung gemeinsamer Qualitätsstandards ausreichend. Ein Qualitätsmanagementverfahren umfasst in der Regel fest definierte Verfahrensabläufe, deren systematische Einhaltung überprüft wird. Der Begriff „Standards“ bezeichnet hingegen gemeinsame Verabredungen, die als Orientierung für das gemeinsame Handeln dienen, jedoch nicht zwingend die Anforderungen eines Zertifizierungsverfahrens erfüllen müssen. Die Verpflichtung zur Umsetzung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements gemäß QM-RL bleibt hiervon unberührt. Zur Unterstützung der

⁹ Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNO). Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF): NPPV - verbesserte Versorgung psychischer und neurologischer Erkrankungen [online]. Berlin (GER): G-BA; 2020. [Zugriff: 28.02.2025]. URL: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/downloads/beschluss-dokumente/496/2023-12-15_NPPV_Ergebnisbericht.pdf

Zusammenarbeit innerhalb des Netzverbundes wird weiterhin eine Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes (bspw. Qualitätszirkel) erwartet, ohne dass es hierfür aber einer spezifischen Vorgabe hinsichtlich der Regelmäßigkeit bedarf.

Zu § 6 Absatz 2:

Alle:

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 5 und Absatz 3 Satz 5 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 Leistungserbringer haben die Versicherten vor der Übermittlung und Speicherung von Daten des Versicherten, deren Bekanntwerden Anlass zu Diskriminierung oder Stigmatisierung des Versicherten geben kann, insbesondere zu psychischen Erkrankungen, in die ePA 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 den Patienten keine Nachteile, sofern er der ePA widersprochen hat, Inhalte nicht aufgenommen hat oder Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer von der Nutzung der ePA ausgeschlossen hat.

Zu § 6 Absatz 3:

Alle:

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 elektronischen Patientenakte gemäß § 342 SGB V (ePA) 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:

Alle:

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:

GKV-SV/DKG:

Patientinnen und Patienten, an die sich eine Versorgung nach dieser Richtlinie richtet, bedürfen aufgrund der Schwere der psychischen Erkrankung und des komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs einer umfassenden psychischen, somatischen und sozialen differenzialdiagnostischen Abklärung. Fachärztinnen und Fachärzte in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenheilkunde sowie Neurologie und Psychiatrie verfügen aufgrund ihrer ärztlichen Weiterbildung neben umfassenden psychotherapeutischen Kompetenzen auch über die für die differenzialdiagnostische Abklärung notwendigen somatisch-medizinischen, sozialmedizinischen und pharmakologischen Kompetenzen.

Die Übernahme der Bezugsfunktion kann grundsätzlich durch alle Mitglieder eines Netzverbundes erfolgen. Die Vorgabe in Absatz 1 regelt die Abweichung von diesem Grundsatz für Fälle, in denen eine behandlungsleitende somatische Hauptdiagnose oder eine kontinuierliche ärztliche Behandlung oder Überwachung bedürftige relevante somatische Komorbiditäten vorliegen; diese Regelung betrifft auch Patientinnen und Patienten, deren psychopharmakologische Behandlung einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen. In diesen Fällen kann die Bezugsfunktion nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt aus den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie übernommen werden, da diese über die für die Versorgung erforderlichen somatisch-medizinischen und pharmakologischen Kompetenzen verfügen.

KBV:

Für die Diagnostik und Behandlung im Rahmen der berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung nach dieser Richtlinie gelten die bestehenden berufsrechtlichen Vorgaben. Das bedeutet, dass jede Fachgruppe oder Profession im jeweiligen Kompetenzrahmen tätig wird. Dies betrifft sowohl die Differentialdiagnostik als auch die Behandlung. Dabei wird im Anschluss an die Differentialdiagnostik patientenindividuell festgehalten, in welcher Frequenz eine ärztliche und psychotherapeutische Vorstellung erforderlich ist. Dies wird im Behandlungsverlauf jeweils fortgeschrieben oder angepasst. Das heißt, dass die Ergebnisse der gemeinsamen differenzialdiagnostischen Abklärung im patientenindividuellen Gesamtbehandlungsplan dokumentiert werden und damit einen wichtigen Teil der Behandlungsplanung bilden.

Aufgabe der Bezugsfunktion – ob ärztlich oder psychotherapeutisch – ist in der Folge, wie in § 4 beschrieben, erreichbar und ansprechbar für Patientinnen und Patienten zu sein und die mit dem Gesamtbehandlungsplan abgestimmte Versorgung zu koordinieren. Insofern bedarf es keiner Einschränkung der Bezugsfunktion für definierte Patientengruppen, da eine kontinuierliche ärztliche Behandlung stets gewährleistet ist. Durch die Differentialdiagnostik durch beide Berufsgruppen und die Aufhebung der Einschränkungen der Bezugsfunktion für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können mehr Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für die Teilnahme an Netzverbünden gewonnen werden und die Versorgung nach dieser Richtlinie nachhaltiger und umfassender bei gleichzeitiger Gewährleistung der kontinuierlichen notwendigen ärztlichen Begleitung der Patienten aufgebaut werden.

Für die patientenindividuelle Versorgung bleibt relevant, die Ergebnisse der gemeinsamen Differentialdiagnostik im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren und festzulegen sowie in der Folge fortzuschreiben, ob und welche Abstimmungsprozesse zwischen den beteiligten Fachgruppen jeweils erforderlich sind. Dies ist als Satz 5 (neu) ergänzt.

PatV:

Patientinnen und Patienten, an die sich eine Versorgung nach dieser Richtlinie richtet, erfordern aufgrund der Schwere der psychischen Erkrankung und des komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs einer umfassenden psychischen, somatischen und sozialen differenzialdiagnostischen Abklärung. Fachärztinnen und Fachärzte in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenheilkunde sowie Neurologie und Psychiatrie verfügen aufgrund ihrer ärztlichen Weiterbildung neben umfassenden psychotherapeutischen Kompetenzen auch über die für die differenzialdiagnostische Abklärung notwendigen somatisch-medizinischen und pharmakologischen Kompetenzen. Der Satz 5 wird gestrichen, da beide Berufsgruppen nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 die Bezugsfunktion übernehmen können.

Zu § 8 Absatz 2:

GKV-SV:

In Fällen, in denen eine behandlungsleitende somatische Hauptdiagnose, eine für die Behandlung relevante somatische Komorbidität, die einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung oder Überwachung bedarf, vorliegt oder in denen die psychopharmakologische Behandlung einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegt, ist vorgesehen, dass die bezugsärztliche Funktion ausschließlich durch eine Fachärztin oder einen Facharzt aus den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie übernommen werden kann. Im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung und der Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, wird in Absatz 2 vorgegeben, dass auch im Falle einer vorrangig psychiatrischen Behandlung die Einbindung einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 angestrebt wird.

Zu § 8 Absatz 3:

Alle:

Absatz 3 wird dahingehend angepasst, dass, soweit Patientinnen und Patienten bereits unterstützende Leistungen 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.

Akteure und Einrichtungen außerhalb des SGB V sollen im Sinne des § 3 Absatz 5 bei Bedarf in die Versorgung nach dieser Richtlinie eingebunden und an Fallbesprechungen beteiligt werden, sie sind jedoch nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt, d. h. eine Kostenübernahme für Leistungen anderer Sozialgesetzbücher durch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V ist damit nicht verbunden.

Zu § 8 Absatz 4:

GKV-SV:

In Absatz 4 wird die Meldung der Beendigung der Versorgung durch einen Netzverbund gegenüber der zuständigen Krankenkasse ergänzt. Eine parallele Versorgung durch mehrere Netzverbünde 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. Zudem wird der Inhalt der Meldung konkretisiert. Die Anzeige muss unverzüglich durch eine standardisierte und einheitliche Meldung erfolgen. Die Meldung umfasst die Netzverbundnummer, die lebenslange Arztnummer, die Kennzeichnung der oder des Versicherten und der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers, der die Bezugsfunktion übernommen hat, den Behandlungsbeginn, die Diagnosen, die Information über den Wechsel der Bezugssärztin oder des Bezugsarztes oder die Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten sowie bei Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie das Datum der Beendigung. Bei Einführung eines digitalen Antrags- und Genehmigungsverfahrens in der ambulanten Psychotherapie erfolgt die standardisierte und einheitliche Meldung über den Übermittlungsdienst Kommunikation im Medizinwesen (KIM) in vollstrukturierter und maschinenlesbarer Form (XML-Datensatz) als eNachricht entsprechend den Vorgaben der gematik.

KBV/DKG/PatV:

In Absatz 4 wird geregelt, dass eine parallele Versorgung durch mehrere Netzverbünde oder Zentren nicht erfolgen kann, da dies dem Ziel einer koordinierten und strukturierten Versorgung entgegenstehen würde. Die jeweils zuständige Krankenkasse ist über den Beginn der Versorgung ihrer Versicherten in einem Netzverbund oder Zentrum nach dieser Richtlinie durch die Bezugssärztin oder den Bezugsarzt bzw. durch die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu informieren, da nur durch die Krankenkasse zweifelsfrei festgestellt werden kann, ob eine Versorgung durch mehrere Netzverbünde erfolgt.

Eine Abstimmung mit den Krankenkassen zum Format der Nachricht ist erfolgt und wird über die Kassenärztlichen Vereinigungen an die teilnehmenden Praxen übermittelt. Die Vergabe einer Netzverbund-Nummer durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ist im Rahmen der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten-, Praxisnetz- sowie der Netzverbundnummern umgesetzt. Die Information erfolgt formlos per KIM-Nachricht mit einheitlichem Betreff und enthält alle relevanten Informationen, wie die lebenslange Arztnummer, die numerische Kennzeichnung der Versicherten, die Netzverbundnummer und den Behandlungsbeginn oder das Behandlungsende. Sofern die Information ergänzt oder angepasst werden soll oder muss, kann die bisherige Praxis flexibler fortgeführt werden und bedarf keiner künftigen Anpassung der Richtlinie. Insofern wird kein Anpassungsbedarf an der bisherigen Fassung der Richtlinie gesehen.

2.2.2 § 9 Gesamtbehandlungsplan

Zu § 9 Absatz 1:

Alle:

In Absatz 1 erfolgt eine Ergänzung, wonach bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans auch die zu diesem Zeitpunkt verfügbaren Inhalte der elektronischen Patientenakte berücksichtigt werden sollen. Die elektronische Patientenakte wird ab 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:

Alle:

Zur Verbesserung der Vernetzung mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern außerhalb des SGB V werden bestehende Unterstützungen gemäß § 8 Absatz 3 im Gesamtbehandlungsplan dokumentiert.

Zu § 9 Absatz 1 Satz 4:

Alle:

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 Nummer 1 und 2 für die Behandlung der Patientin oder des Patienten sinnvoll sein könnte 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:

KBV:

Die Ergänzung ist eine Folgeänderung zu § 8 Absatz 1 und § 9 Absatz 1.

2.2.3 § 11 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

Zu § 11 Absatz 1:

Alle:

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:

Alle:

Mit dem neu geregelten Absatz 6 wird vorgesehen, dass für einen wechselseitigen Informationsaustausch im Rahmen einer sektorenübergreifenden Versorgung auch die Komponenten und Dienste der Telematikinfrastuktur 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**
4. **Bürokratiekostenermittlung**
5. **Verfahrensablauf**
6. **Fazit**

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie Ihre Stellungnahme zur Synopse der Beschlussvorhaben zur KSVPsych-RL in die folgende Tabelle ein.

Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.
Bitte klicken Sie hier und fügen das Datum Ihrer Stellungnahme ein

Für allgemeine Anmerkungen steht Ihnen die folgende Tabellenzeile zur Verfügung.

Allgemeine Anmerkungen

Bitte wählen Sie aus, zu welchen Änderungen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten und fügen Sie diese unter „Stellungnahme“ und „Begründung“ ein. Bitte geben Sie ggf. auch an, auf welche Position (GKV-SV, KBV, DKG, PatV, alle) sich Ihre Stellungnahme bezieht.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 2 Absatz 2	<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2 § 3 Absatz 2 Satz 6 ff § 3 Absatz 9 Satz 7	<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzverbund ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.			
§ 3 Absatz 2 Satz 1	<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3) Nummer 4	<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	allen		
§ 3 Absatz 2 Satz 3	<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] (PatV fünf) Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.			
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller	<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/- psychotherapeut wird gestrichen)	über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprech ende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund- Mitgliedern sind zulässig.			
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]	<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).			
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3	<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7	<u>KBV:</u> Ausnahmeregel von <u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.	KBV		
§ 3 Absatz 6	<u>Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPtK</u>	allen		
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6], § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertragspartner),	<u>Lockerung:</u> <u>Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen,	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4	z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.			
§ 3 Absatz 11	<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	des Nationalen Gesundheitsportals.			
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).			
§ 4 Absatz 1	<u>Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.</u>	allen		
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3	<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>	allen		
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]	<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.			
§ 4 Absatz 3 Nummer 2	Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten.</u>	allen		
§ 6 Absatz 1 Nr. 2	<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG: sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV: zwei Wochen.			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 6 Absatz 1 Nummer 3	<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV : sieben Werktagen (wie bisher), KBV : vier Wochen.			
§ 6 Absatz 1 Nummer 5	<u>Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.</u>			
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6	<u>Telematikinfrastruktur:</u> Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.	allen		
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV : Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal,			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).			
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)	<u>KBV:</u> <u>Niedrigschwellige Gruppenangebote</u> Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.	<u>KBV</u>		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)	<u>PatV:</u> <u>Lockerung Qualitätsvorgaben</u> Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. <u>GKV-SV/KBV/DKG:</u> <u>Beibehaltung der bisherigen Vorgaben,</u> dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen	<u>PatV</u>		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	innerhalb des Netzverbundes erfolgt.			
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3	<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.			
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]	GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.	GKV-SV		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1	Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.	allen		
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]	GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.	GKV-SV		
§ 9 Absatz 1	Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 11 Absatz 1	Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ wird gestrichen	allen		
§ 11 Absatz 6	Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.	allen		

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie Ihre Stellungnahme zur Synopse der Beschlussvorhaben zur KSVPsych-RL in die folgende Tabelle ein.

Bundespsychotherapeutenkammer
30. April 2025

Für allgemeine Anmerkungen steht Ihnen die folgende Tabellenzeile zur Verfügung.

Allgemeine Anmerkungen
Die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt, dass der G-BA vor Ablauf des fünfjährigen Evaluationszeitraums die Ergebnisse des Zwischenberichts vom 30. Januar 2024 zum Anlass genommen hat, um frühzeitig Korrekturen bei den Regelungen der KSVPsych-Richtlinie vorzunehmen und dadurch zeitnah den Aufbau neuer Netzverbünde zu befördern. Initial waren es insbesondere vorbestehende Netzstrukturen in Form von Praxisnetzen, Vernetzungen im Rahmen der integrierten Versorgung oder von Innovationsfondsprojekten, die eine Anerkennung als Netzverbund beantragt und erhalten haben. Für eine raschere, umfassendere und flächendeckendere Entwicklung des neuen intensiv-ambulant Versorgungsbereichs für schwer psychisch erkrankte Patient*innen ist der Abbau von strukturellen, organisatorischen und therapeutischen Hürden und Defiziten dringend geboten. Zielführend ist dabei, die Erkenntnisse aus der Entwicklung der K-J-KSVPsych-Richtlinie auch für die Weiterentwicklung der Richtlinie für die ambulante Komplexbehandlung von schwer psychisch erkrankten Erwachsenen heranzuziehen und soweit möglich zu übertragen.

Bitte wählen Sie aus, zu welchen Änderungen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten und fügen Sie diese unter „Stellungnahme“ und „Begründung“ ein. Bitte geben Sie ggf. auch an, auf welche Position (GKV-SV, KBV, DKG, PatV, alle) sich Ihre Stellungnahme bezieht.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 2 Absatz 2	<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 bis F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 bis F99 des ICD-10-GM	GKV-SV/PatV	Die BpTK unterstützt die Position von GKV-SV und PatV, das Diagnosespektrum in § 2 Absatz 2 nicht um die Diagnosegruppe der organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störungen (F00 bis F09 des ICD-10 GM) zu erweitern.	Es ist unstrittig, dass auch Patient*innen mit dementiellen Erkrankungen häufig einer multiprofessionellen, aufeinander abgestimmten Behandlung bedürfen. Der Behandlungsverlauf und insbesondere die Schwerpunkte der erforderlichen Behandlungsmaßnahmen unterscheiden sich bei dieser Patientengruppe jedoch erheblich von denjenigen Patientengruppen der schwer psychisch Erkrankten, die bislang Gegenstand dieses neuen Versorgungsangebots sind. Dies betrifft zum einen die weniger prominente Rolle der Berufsgruppen der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeut*innen, mit Ausnahme der Psychotherapeut*innen mit einer Qualifikation und einem Versorgungsschwerpunkt im Bereich der neuropsychologischen Psychotherapie. Zum anderen gilt dies aber auch für die Leistungserbringer*innen gemäß § 3 Absatz 3 Nummern 2 bis 4 sowie die

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				besonderen Kooperationserfordernisse u. a. mit Blick auf vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste. Angesichts der begrenzten Zahl an anerkannten Netzverbünden und damit einhergehend den begrenzten Versorgungskapazitäten erscheint es zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht zielführend, den Versorgungsauftrag der Netzverbünde um die große und weiter wachsende Gruppe von Patient*innen mit dementiellen Erkrankungen zu erweitern, die aufgrund der Schwere der Erkrankung und der resultierenden Beeinträchtigungen einer koordinierten, ambulanten multiprofessionellen Versorgung bedürfen. Gegebenenfalls wäre es langfristig zudem zielführender, für diese Patientengruppen über eine eigene Richtlinie die spezifischen Rahmenbedingungen für ein Versorgungsangebot der

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				ambulanten Komplexbehandlung zu schaffen.
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2 § 3 Absatz 2 Satz 6 ff § 3 Absatz 9 Satz 7	<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzwerk ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.	GKV-SV/KBV/DKG	Die BPTK begrüßt die Aufnahme von örtlichen BAG und zugelassenen MVZ als mögliche Struktur für einen Netzwerk im Sinne der Richtlinie, soweit diese überwiegend vergleichbare quantitative und qualitative Anforderungen erfüllen.	Die inhaltlichen Anforderungen einer ambulanten Komplexbehandlung für schwer psychisch erkrankte Patient*innen können auch mit den einrichtungsintern vorhandenen Vernetzungen zwischen den Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen gemäß Satz 2 Nummer 1 und 2 erfüllt werden, soweit diese Leistungserbringer*innen in dem erforderlichen Umfang zur Verfügung stehen und die weiteren Anforderungen der Vernetzung und Kooperation mit den weiteren gemäß Richtlinie vorgesehenen kooperierenden Leistungserbringer*innen und Einrichtungen erfüllt werden.
§ 3 Absatz 2 Satz 1	<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte)	DKG/PatV	Die BPTK unterstützt den Regelungsvorschlag, mit dem es ermächtigten Leistungserbringer*innen, die	Der neu in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte eingeführte Ermächtigungstatbestand dient

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug		eine Ermächtigung gemäß § 31 Absatz 1 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte erhalten haben, ermöglicht werden soll, an der Versorgung nach der KSVPsych-Richtlinie mitzuwirken.	einer besseren psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von schwer psychisch erkrankten Patient*innen, die aufgrund der resultierenden Funktionseinschränkungen weniger gut in der Lage sind, sich die erforderlichen Behandlungen in dem komplexen Versorgungssystem zu beschaffen und einen schlechteren Zugang zu einer bedarfsgerechten Versorgung haben. Die für die ermächtigten Leistungserbringer*innen vorgeschriebenen Kooperationsvereinbarungen dienen dabei einem schnelleren und niedrigschwelligeren Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung und einer systematischen Kooperation mit zentralen weiteren, an der Versorgung dieser Patientengruppe beteiligten Einrichtungen. Die von den

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				ermächtigten Leistungserbringer*innen behandelten Patient*innen werden zu einem wesentlichen Teil einer multiprofessionellen Versorgung bedürfen und zugleich die Anforderungen gemäß § 2 dieser Richtlinie erfüllen. Daher ist es angesichts des Leistungsspektrums und der Behandlungsschwerpunkte geboten, dass den ermächtigten Leistungserbringer*innen die Möglichkeit eingeräumt wird, sich als Netzverbundmitglieder an der ambulanten Komplexbehandlung nach dieser Richtlinie zu beteiligen und auch die Rolle der Bezugsärzt*in oder Bezugspsychotherapeut*in übernehmen zu können.
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3) Nummer 4	<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	allen	Die Ergänzung um die Berufsgruppe der Fachpsychotherapeut*innen für Erwachsene ist sachgerecht.	Vor dem Hintergrund der Begrenzung des Diagnosespektrums in § 2 Absatz 2 auf Patient*innen mit einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F10 bis F99) des ICD-10 GM und damit dem

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Ausschluss von Patient*innen, bei denen ausschließlich die Diagnose einer organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störung (F00 bis F09 des ICD-10 GM) vorliegt, ist es sachgerecht, dass neben den Fachpsychotherapeut*innen für Erwachsene die neue Berufsgruppe der Fachpsychotherapeut*innen für Neuropsychologische Psychotherapie nicht ergänzt wurde.
§ 3 Absatz 2 Satz 3	<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzwerk</u> Der Netzwerk umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] (PatV fünf) Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.	GKV/KBV/DKG	Die BPTK befürwortet die vorgeschlagene Reduktion der Anforderungen an die Zahl der Netzwerkmitglieder auf insgesamt sechs Facharzt*innen und Psychotherapeut*innen mit der ergänzenden Vorgabe, dass mindestens zwei Facharzt*innen und mindestens zwei Psychotherapeut*innen Mitglied des Netzwerkes sein müssen.	Aus dem Zwischenbericht zur Evaluation der KSVPsych-Richtlinie geht hervor, dass die quantitativen Anforderungen an die Anzahl der Mitglieder eines Netzwerkes insbesondere bei der Gründung von neuen Netzwerken, die nicht auf vorbestehende Vernetzungsstrukturen aufsetzen konnten, ein relevantes Hindernis dargestellt hatten. Dies hat in vielen, insbesondere auch in strukturschwächeren Regionen den Aufbau des neuen

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Versorgungsangebots beeinträchtigt. Eine Absenkung auf eine Mindestanforderung von insgesamt sechs Leistungserbringer*innen stellt eine relevante Erleichterung für die Neugründung von Netzverbünden dar und gewährleistet zugleich, dass die Netzverbünde noch immer über eine Mindestgröße verfügen, die mit den in einem Netzwerk erforderlichen Versorgungsangeboten kompatibel ist. Die Vorgabe, dass jeweils mindestens zwei Leistungserbringer*innen aus der Berufsgruppe der Fachärzt*innen bzw. der Psychotherapeut*innen dem Netzwerk angehören müssen, gewährleistet dabei, dass für beide zentralen Berufsgruppen und damit für die zentralen Leistungsbereiche ein Minimum an Wahlmöglichkeiten für die Patient*innen besteht. Dies erscheint auch insoweit geboten, als dass im Falle von

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Urlaubs- und Krankheitszeiten auf Seiten der Leistungserbringer*innen nicht zuletzt für neue Patient*innen eine zeitnahe Diagnostik und Versorgung im Netzverbund zumindest theoretisch weiterhin geleistet werden kann.
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)	<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei	allen	Die BPTK schlägt vor, die Anerkennung eines Netzverbundes nicht von dem Vorhandensein von Leistungserbringer*innen mit vollem Versorgungsauftrag abhängig zu machen, sondern in Satz 4 stattdessen leistungserbringergruppenspezifisch eine Vorgabe zu ergänzen, wonach je Leistungserbringergruppe insgesamt ein Mindestumfang an Versorgungsaufträgen gewährleistet wird, damit die im Netzverbund grundsätzlich verfügbaren Behandlungskapazitäten soweit vorhanden sind, dass	Das Vorhandensein eines vollen Versorgungsauftrags bei einem oder mehreren Netzverbundmitgliedern ist kein Merkmal, dass die Qualität der Versorgung in einem Netzverbund in relevanter Weise zu erhöhen vermag. Zurecht hat der Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung im Konsens eine Änderung der Regelung zu der Bezugsärzt*in bzw. Bezugspsychotherapeut*in in § 4 Absatz 1 dahingehend vorgeschlagen, dass für die Ausübung dieser Funktion nicht mehr das Vorhandensein eines vollen Versorgungsauftrags

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.		das erforderliche multiprofessionelle Leistungsangebot der ambulanten Komplexbehandlung im Netzverbund psychiatrisch wie psychotherapeutisch in Umfang und Breite umgesetzt werden kann. Die BPtK schlägt daher vor, Satz 4 wie folgt zu fassen: „Die Fachärztinnen und Fachärzte gemäß Satz 2 Nummer 1 und die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gemäß Satz 2 Nummer 2 eines Netzverbundes verfügen jeweils insgesamt mindestens über einen Umfang von 1,5 Versorgungsaufträgen.“	vorgegeben wird, sondern die telefonische Erreichbarkeit an mindestens vier Tagen pro Woche im Umfang von mindestens 50 Minuten durch die Bezugsärzt*in oder -psychotherapeut*in selbst oder durch die benannte koordinierende Person. Die Erreichbarkeit einer Bezugsärzt*in oder -psychotherapeut*in für ihre Patient*innen wird durch den Umfang des Versorgungsauftrags nicht in relevanter Weise limitiert, soweit es sich um eine zugelassene Vertragsärzt*in oder Vertragspsychotherapeut*in handelt. Anders kann es sich dagegen bei angestellten Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen verhalten, insbesondere wenn der Umfang der Anstellungsgenehmigung unter 20 Stunden pro Woche liegt. Gleichwohl wird durch hälftige und $\frac{3}{4}$ -Versorgungsaufträge

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				durchschnittlich der Umfang der verfügbaren Behandlungskapazitäten für die Versorgung von Patient*innen nach dieser Richtlinie limitiert. Insoweit erscheint es zielführender, wenn in den Anforderungen an die Netzverbünde auf einen Parameter abgestellt wird, über den sowohl für den fachärztlichen wie auch für den psychotherapeutischen Leistungsbereich jeweils eine durchschnittliche Behandlungskapazität gewährleistet wird, die eine angemessene quantitative wie qualitative Umsetzung der erforderlichen Leistungsangebote in einem Netzverbund ermöglichen.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]	<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).	GKV-SV	Die BPtK stimmt der Auffassung des GKV-SV grundsätzlich zu, dass auch für Netzverbünde, die aus einem MVZ oder einer BAG bestehen, grundsätzlich dieselben Anforderungen gelten sollten. Um zugleich dem bereits bestehenden Grad von interner Vernetzung zwischen den beteiligten Berufsgruppen Rechnung zu tragen und den Einrichtungen in der personellen Besetzung eine etwas höhere Flexibilität zu ermöglichen, schlägt die BPtK, aufbauend auf dem Vorschlag zu Satz 4, folgende Formulierung von Satz 6 vor: „Abweichend von Satz 4 verfügen MVZ oder BAG über psychotherapeutische und psychiatrische Versorgungsaufträge oder entsprechende Anstellungsgenehmigungen im Umfang von jeweils	Die allgemeine Absenkung der quantitativen Anforderungen an die Netzverbünde erleichtert bereits die Gründung auch in strukturschwächeren ländlichen Regionen. Die interne Vernetzung in MVZ und BAG ist zwar bereits in besonderer Weise vorhanden. Um für schwer psychisch erkrankte Patient*innen das gesamte Leistungsspektrum der ambulanten Komplexbehandlung für schwer psychisch erkrankte Patient*innen vorhalten zu können und Patient*innen in den Netzverbünden neuen Typs immer noch eine gewisse Freiheit bei der Wahl der Fachärzt*in bzw. der Psychotherapeut*in zu ermöglichen, ist es jedoch auch für MVZ und BAG erforderlich, dass jeweils mindestens zwei Fachärzt*innen bzw. Psychotherapeut*innen in dem Netzverbund tätig sind, die psychotherapeutische und psychiatrische Expertise in dem erforderlichen Umfang gesichert ist und zugleich die

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
			mindestens einem vollen Versorgungsauftrag.“	Anstellungsgenehmigungen für Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen berücksichtigt werden.
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3	<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.	allen	Die BPtK begrüßt grundsätzlich die vorgeschlagene Lockerung, nach der eine Kooperation mit einem pflichtversorgenden Krankenhaus anzustreben, aber nicht mehr verpflichtend ist. Diese Lockerung sollte jedoch über die von der KBV vorgeschlagene Ausnahmeregelung umgesetzt werden. Die BPtK schlägt dazu vor, dass § 3 Absatz 3 Satz 2 nicht gestrichen wird und in dem Vorschlag der KBV zu Satz 5 die Ausnahmeregelung	Vor dem Hintergrund der im Zwischenbericht für einzelne Regionen dargelegten Probleme bei der Gründung von Netzverbünden die erforderlichen Kooperationsverträge mit nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern zu schließen, ist es geboten, eine Ausnahmeregelung von dem gewünschten Ideal einer Kooperation mit einem pflichtversorgenden Krankenhaus zu treffen. Die vorgeschlagene Regelung übersieht jedoch, dass die notwendige Kooperation mit

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
			sich auch auf die Voraussetzungen nach Satz 2 bezieht.	einem pflichtversorgenden Krankenhaus nicht durch eine Kooperation mit einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen, die quantitativ und qualitativ nicht näher spezifiziert sind, kompensiert werden kann.
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7	<u>KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.	KBV	Die BPTK schlägt vor, in Modifikation des Vorschlags der KBV § 3 Absatz 3 Satz 5 wie folgt zu fassen: „Die Voraussetzungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 gilt nicht, wenn der Netzverbund trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation mit ihm bereites, für die regionale Pflichtversorgung zuständiges Krankenhaus finden konnte.“	Für die Krisenversorgung von schwer psychisch erkrankten Patient*innen kommt den Krankenhäusern, die für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig sind, eine zentrale Bedeutung zu. Dies kann nicht in gesicherter Weise durch nach § 108 zugelassene Krankenhäuser kompensiert werden, die lediglich über psychiatrische oder psychosomatische Einrichtungen verfügen und ggf. ausschließlich geplante Krankenhausbehandlungen bei schwer psychisch erkrankten Patient*innen durchführen.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Zugleich sollten die regional pflichtversorgenden Krankenhäuser über kein „Vetorecht“ verfügen, mit dem der Aufbau der ambulanten Komplexbehandlung von einer Einrichtung verhindert werden könnte. Daher sollte es den Netzverbünden ermöglicht werden, eine Anerkennung zu erhalten, soweit sie das ernsthafte Bemühen um eine Kooperation mit den regional relevanten pflichtversorgenden Krankenhäusern nachweisen können und ein Konzept vorlegen können, wie dennoch die jederzeitige Betreuung von Patient*innen in Krisen gemäß § 6 Absatz 1 Nummer 8 gewährleistet werden kann. Satz 2 ist dabei grundsätzlich verzichtbar, da die räumliche Nähe bei den für die regional psychiatrische Pflichtversorgung zuständigen Krankenhäusern ohnehin stets gewährleistet ist.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 6	<u>Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPtK</u>	allen	Die BPtK begrüßt die Anpassung des Wortlautes an die Titel der beiden Muster-Weiterbildungsordnungen der Bundespsychotherapeutenkammer.	
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6], § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4	<u>Lockerung:</u> <u>Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.	allen	Die BPtK begrüßt die vorgeschlagenen Änderungen, mit denen insbesondere die Verpflichtung entfällt, Netzverbundverträge abzuschließen und den zuständigen KVen zur Prüfung vorzulegen, mit der insbesondere der Prüfaufwand in den zuständigen KVen reduziert werden könnte.	Die vorgeschlagenen Änderungen sind insbesondere geeignet, den Prüfaufwand in den zuständigen KVen zu reduzieren. Inwieweit dadurch rechtlich für die Leistungserbringer*innen tatsächlich eine andere Ausgangslage resultiert und die Notwendigkeit von Vertragsschlüssen, Haftungsrisiken oder Probleme bei der Weiterleitung von Vergütungen reduziert werden – wesentliche organisatorische Gründe für die Nicht-Teilnahme, die im Rahmen der Evaluation genannt wurden (siehe u. a. Seite 29 des Zwischenberichts) – erscheint jedoch fraglich und sollte einer erneuten rechtlichen Prüfung zugeführt und in den

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Tragenden Gründen dargelegt werden.
§ 3 Absatz 11	<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.	allen	Die BPtK begrüßt die vorgeschlagenen Anpassungen der Regelungen zur Bereitstellung der Informationen über die Netzverbünde.	Es ist geboten, dass allen relevanten Akteuren die aktuellen Informationen über die anerkannten Netzverbünde einschließlich der spezifischen Angebote und Erreichbarkeit zur Verfügung gestellt werden. Zielführend ist dabei auch die Bereitstellung der Informationen für die Suchfunktionen im dem Nationalen Gesundheitsportal, um Patient*innen darin zu unterstützen, einen möglichst niedrigschwelligen und schnellen Zugang zur Versorgung nach der KSVPsych-Richtlinie zu erhalten und auch Angehörige, Leistungserbringer*innen und andere Einrichtungen mit den erforderlichen Informationen zu versehen.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).	KBV/DKG	Die BPtK unterstützt die Position von KBV und DKG, hierzu keine weiteren Vorgaben zu machen.	Die Vorgabe einer zeitlichen Frequenz für die Zurverfügungstellung der Informationen zu den Netzverbünden erscheint nicht geboten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind vielmehr gehalten, die Informationen jeweils auf dem aktuellsten Stand zu halten und ggf. auch innerhalb eines Quartals zu aktualisieren.
§ 4 Absatz 1	<u>Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.</u>	allen	Die BPtK stimmt dem Änderungsvorschlag zu.	
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3	<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>	allen	Die BPtK begrüßt diese vorgesehene Streichung der Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags, um die Rolle der Bezugsärzt*in bzw. -psychotherapeut*in ausüben zu dürfen.	Das Vorhandensein eines vollen Versorgungsauftrags ist kein Kriterium, das eine besondere Eignung einer Leistungserbringer*in impliziert im Rahmen der ambulanten Komplexbehandlung die Funktion einer Bezugspsychotherapeut*in bzw. -ärztin auszuüben. Weder sagt der Umfang des Versorgungsauftrags per se etwas

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				über den Umfang der beruflichen Tätigkeit in einer Praxis, noch über die Erreichbarkeit für die Patient*innen oder mitbehandelnden Leistungserbringer*innen im Falle von kurzfristig interventionsbedürftigen Krisen oder für die Abstimmung der Versorgung. Angesichts des hohen Anteils von Vertragsärzt*innen und -psychotherapeut*innen, die über einen reduzierten Versorgungsauftrag verfügen, stellt die bestehende Regelung eine wesentliche Hürde beim Aufbau neuer und der Erweiterung bestehender Netzverbünde dar und führt zu einer erheblichen und fachlich nicht begründbaren Einschränkung der Patient*innen bei der Wahl ihrer koordinierenden Bezugsärzt*in bzw. -psychotherapeut*in.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]	<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.	GKV-SV/KBV	Die BPTk begrüßt grundsätzlich, dass anstelle des vollen Versorgungsauftrags auf die Erreichbarkeit der Bezugsärzt*in bzw. -psychotherapeut*in abgestellt wird. Allerdings sollte dabei angesichts der Digitalisierung im Gesundheitswesen nicht auf ein spezifisches Kommunikationsmittel Bezug genommen und die Vorgabe mit einer Mindestdauer der telefonischen Erreichbarkeit pro Tag versehen werden. Mit Blick auf die angestellten Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen in MVZ, BAG oder Psychiatrischen Institutsambulanzen scheint es dabei sinnvoll zu sein, dass anstelle eines vollen Versorgungsauftrags auf das Kriterium eines hälftigen Versorgungsauftrags bzw. eine	Während unstrittig ist, dass die Aufgaben als Bezugspsychotherapeut*in bzw. -ärzt*in von Leistungserbringer*innen mit hälftigem oder ¾-Versorgungsauftrag in gleicher Weise übernommen werden können wie von Leistungserbringer*innen mit einem vollen Versorgungsauftrag, stellt sich die Situation mit Blick auf angestellte Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen, die nur mit einem sehr begrenzten Stundenumfang beschäftigt sind, anders dar. Diese begrenzte Verfügbarkeit kann auch nicht durch eine bessere Erreichbarkeit der nicht-ärztlichen koordinierenden Person kompensiert werden, da für eine ausreichend kompetente Übernahme sämtlich anfallender Koordinationsaufgaben auch eine kurzfristige fachliche Rücksprache mit der Bezugsärzt*in

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
			diesem Umfang entsprechende Anstellungsgenehmigung bzw. Tätigkeit in einer Psychiatrischen Institutsambulanz Bezug genommen wird. Die BPtK schlägt daher vor, § 4 Absatz 1 Satz 2 und 3 wie folgt zu fassen: „Im Falle einer Anstellung müssen sie mindestens über einen hälftigen Versorgungsauftrag oder eine diesem Umfang entsprechende Anstellungsgenehmigung verfügen oder im Falle des Satzes 4 in der Psychiatrischen Institutsambulanz im Umfang von mindestens 19 Stunden pro Woche tätig sein. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut stellt eine Erreichbarkeit an mindestens vier Tagen pro	bzw. -psychotherapeut*in gewährleistet sein muss. Hierfür erscheint es angemessen, im Falle einer Anstellung einen Tätigkeitsumfang zu fordern, der mindestens 50 Prozent einer Vollzeittätigkeit entspricht. Ergänzt ist es zielführend, dass eine Erreichbarkeit der Bezugspsychotherapeut*in bzw. -ärzt*in oder der benannten koordinierenden Person an mindestens vier Tagen pro Woche gewährleistet ist. Angesichts der sich verändernden Kommunikationsgewohnheiten seitens der Leistungserbringer*innen, Einrichtungen wie auch der Patient*innen und deren Angehörigen ist es dabei nicht zielführend, auf eine telefonische Erreichbarkeit abzustellen und diese mit einer Mindestzeit pro Tag zu versehen. Für eine bedarfsgerechte Versorgung ist es vielmehr entscheidend, dass unabhängig vom

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
			Woche sicher, entweder durch sie oder ihn selbst oder durch die im Gesamtbehandlungsplan gemäß § 9 Absatz 1 benannte koordinierende Person.	Kommunikationsweg (E-Mail, KIM, Telefon etc.) an mindestens vier Tagen pro Woche eine bedarfsgerecht kurzfristige Rückmeldung sichergestellt ist und Patient*innen wie mitbehandelnde Leistungserbringer*innen hierüber informiert sind. Im Normtext sollte daher ausschließlich auf die Erreichbarkeit abgestellt werden, ohne diese mit einem Kommunikationsmedium oder Mindestzeiten zu verbinden.
§ 4 Absatz 3 Nummer 2	Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugsarztes/- Psychotherapeuten.</u>	allen	Die BPTk begrüßt, dass die Aufgabe der Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen unter den zentralen Verantwortlichkeiten der Bezugspsychotherapeut*in bzw. -ärzt*in ergänzt und damit betont wird.	Die patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 6 Absatz 1 Nummer 10 sind ein wesentliches Element, um eine abgestimmte multiprofessionelle Versorgung unter Einbezug aller relevanter Leistungserbringer*innen und Einrichtungen sicherzustellen, ein gemeinsames Verständnis des Gesamtbehandlungsplans zu befördern und regelmäßig

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				gemeinsam den Behandlungsverlauf und die möglichen Anpassungsbedarfe beim Behandlungsplan zu reflektieren. Die Ergänzung in § 4 Satz 3 Nummer 2 betont die Verantwortlichkeit der Bezugsärzt*in bzw. -psychotherapeut*in für diesen Prozess in geeigneter Weise.
§ 6 Absatz 1 Nr. 2	<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG : sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV : zwei Wochen.	KBV/PatV	Die BPTK unterstützt den Regelungsvorschlag von KBV und PatV.	Vor dem Hintergrund der bislang insuffizienten Entwicklung von Netzverbünden und der teils begrenzten Zahl an Netzverbundmitgliedern stehen in den anerkannten Netzverbünden noch sehr begrenzte Behandlungskapazitäten einem deutlich höheren Versorgungsbedarf aufseiten der Patient*innen gegenüber. In der gegenwärtigen Phase erscheint es daher nicht zielführend, in der Richtlinie Anforderungen und zeitliche Fristen für die Leistungserbringung zu

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				definieren, die in vielen Regionen regelhaft nicht oder nur sehr eingeschränkt eingehalten werden können. Dabei ist es unstrittig, dass eine Abklärung in der Eingangssprechstunde möglichst frühzeitig erfolgt, nicht zuletzt, wenn Patient*innen aus anderen Einrichtungen, z. B. aus dem Krankenhaus, zugewiesen werden. Die Ergebnisse des Zwischenberichts zur Evaluation macht zugleich deutlich, dass die bestehenden zeitlichen Vorgaben in der Richtlinie von der Mehrzahl als nicht realisierbar eingeschätzt wird. Damit besteht das Risiko, dass unrealistisch erscheinende Fristen dazu führen könnten, dass sich grundsätzlich interessierte Leistungserbringer*innen aus diesen Gründen nicht an der Versorgung beteiligen, weil sie sich mit Beitritt zu einem Netzwerk in der Pflicht sehen, nicht oder kaum umsetzbare zeitliche Anforderungen und Fristen zu erfüllen. Angesichts

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				dessen erscheint eine Anpassung der zeitlichen Frist für die Durchführung der Eingangssprechstunde auf zwei Wochen angemessen.
§ 6 Absatz 1 Nummer 3	<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV : sieben Werktagen (wie bisher), KBV : vier Wochen.	KBV	Die BPtK unterstützt den Regelungsvorschlag von KBV.	Auch hier gilt, dass vor dem Hintergrund der bislang insuffizienten Entwicklung von Netzverbünden und der teils begrenzten Zahl an Netzverbundmitgliedern in den anerkannten Netzverbünden noch sehr begrenzte Behandlungskapazitäten einem deutlich höheren Versorgungsbedarf aufseiten der Patient*innen gegenüber stehen. In der gegenwärtigen Phase erscheint es daher nicht zielführend, in der Richtlinie Anforderungen und zeitliche Fristen für die Leistungserbringung zu definieren, die in vielen Regionen regelhaft nicht oder nur sehr eingeschränkt eingehalten werden können. Die Ergebnisse

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				des Zwischenberichts zur Evaluation machen zugleich deutlich, dass 71 Prozent der potenziell Teilnehmenden die Fristen für die differenzialdiagnostische Abklärung oft oder immer für nicht realisierbar einschätzten. Hierzu kommt, dass aus dem Normtext nicht eindeutig abgeleitet werden kann, ob bei dieser Frist der Beginn der Leistung der differenzialdiagnostischen Abklärung adressiert wird oder dessen Abschluss. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass für eine ausreichend fundierte differenzialdiagnostische Abklärung, die die Erstellung des Gesamtbehandlungsplans erlaubt, in vielen Fällen mehrere Termine erforderlich sind, die zudem den Einbezug von weiteren Leistungserbringer*innen erfordern kann, falls zum Beispiel bestimmte somatische

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Untersuchungen erforderlich sind. In diesen Fallkonstellationen erscheint eine zeitliche Frist von sieben Werktagen problematisch. Es besteht das Risiko, dass mit unrealistisch erscheinenden Fristen grundsätzlich interessierte Leistungserbringer*innen von einer Beteiligung an der Versorgung nach dieser Richtlinie abgehalten werden. Angesichts dessen erscheint eine Anpassung der zeitlichen Frist für Durchführung und Abschluss der differenzialdiagnostischen Abklärung auf vier Wochen angemessen.
§ 6 Absatz 1 Nummer 5	<u>Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.</u>	allen	Die Änderung erscheint sachgerecht.	
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6	<u>Telematikinfrastuktur:</u> Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten	allen	Die BPTK begrüßt die vorgeschlagenen Änderungen.	Es ist sachgerecht, dass die organisatorischen Anforderungen flexibilisiert werden, Vorgaben zur Einheitlichkeit der Prozesse reduziert werden und verstärkt

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	der Telematikinfrastuktur erfolgen.			auf Nutzungspotentiale im Rahmen der Digitalisierung im Gesundheitswesen, einschließlich der Komponenten und Dienste der Telematikinfrastuktur sowie der elektronischen Patientenakte abgestellt wird.
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).	KBV	Die BPtK unterstützt die Position der KBV, die Mindestvorgabe für die Frequenz der Fallbesprechungen, an denen alle an der Versorgung Beteiligten teilnehmen, auf einmal im Quartal abzusenken.	Aus Sicht der BPtK ist es sinnvoll, die Frequenz der Fallbesprechungen - an denen tatsächlich alle an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer*innen und Einrichtungen teilnehmen - stärker patientenindividuell und am konkreten Abstimmungsbedarf orientiert auszugestalten. Bei einer substanziellen Gruppe von Patient*innen wird es nicht in allen Phasen des Behandlungsverlaufs erforderlich sein, dass Fallbesprechungen mit allen an der Versorgung Beteiligten mindestens zweimal im Quartal erfolgen. Eine ausreichende Abstimmung

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				zwischen den beteiligten Leistungserbringer*innen wird zudem im Rahmen der Koordination der Versorgung gewährleistet, wodurch der erforderliche Austausch je nach beteiligter Leistungserbringer*in bedarfsgerecht in höherer Frequenz auch bilateral durch die koordinierende Person oder die Bezugssärzt*in bzw. Bezugspsychotherapeut*in gewährleistet wird.
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)	<u>KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote</u> Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.	<u>KBV</u>	Die BPTK begrüßt die Ergänzung um niedrigschwellige Gruppenangebote zur Psychoedukation und Ressourcenstärkung als Leistungsangebot, das von den Netzverbünden für Patient*innen und Angehörige eingerichtet werden kann.	Durch die Einrichtung dieser niedrigschwelligen psychoedukativen Gruppenangebote kann das Versorgungspotential in den Netzverbünden weiter ausgebaut und zielgruppenspezifisch implementiert werden und stellt eine sinnvolle Ergänzung zu den bestehenden gruppenpsychotherapeutischen Angeboten der Regelversorgung dar, bei denen zur Leistungserbringung eine eigene

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Abrechnungsgenehmigung für die gruppenpsychotherapeutische Behandlung in einem Richtlinienpsychotherapieverfahren vorliegen muss. Für die Durchführung der niedrigschwelligen psychoedukativen gruppenpsychotherapeutischen Angebote ist eine solche spezifische gruppenpsychotherapeutische Qualifikation in einem Richtlinienpsychotherapieverfahren nicht erforderlich. Vor dem Hintergrund, dass ein erheblicher Teil der zugelassenen Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen derzeit nicht über die Abrechnungsgenehmigung für die gruppenpsychotherapeutische Behandlung in einem Richtlinienpsychotherapieverfahren verfügt, könnte über eine entsprechende Ergänzung des Leistungsangebots im Rahmen der KSVPsych-Richtlinie das

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Versorgungsangebot in den Netzverbünden erheblich erweitert werden und mehr Patient*innen und Angehörigen von einer Wissensvermittlung über ihre Erkrankungen, Selbsthilfestrategien und Fertigkeiten in der Krankheitsbewältigung im Gruppensetting mit seinen spezifischen Wirkfaktoren profitieren. Im Innovationsfondsprojekt NPPV konnten über 200 entsprechende gruppenpsychotherapeutische Angebote in den Netzregionen erfolgreich umgesetzt werden und wurden von den Projektteilnehmenden positiv bewertet. Der unmittelbare Vergleich hinsichtlich der Effekte der psychoedukativen Gruppenangebote auf die Bewältigung der Krankheit im Alltag und die Belastung durch die Erkrankung mit den deutlich intensiveren gruppenpsychotherapeutischen

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Behandlungen in der Kontrollgruppe ist dabei angesichts der Zielstellungen, der Struktur und dem zeitlichen Umfang der Gruppenangebote nicht sachgerecht. Zu beachten ist vielmehr, dass mit zwischen 47 Prozent und 60 Prozent immer noch ein hoher Anteil der Patient*innen, die an diesen niedrigschwelligen Gruppenangeboten teilgenommen haben, der Aussage zustimmen, dass ihnen das Gruppenangebot hilft mit der Erkrankung besser im Alltag zurecht zu kommen.
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)	<u>PatV: Lockerung Qualitätsvorgaben</u> Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen.	PatV	Die BPTK befürwortet die Position der Patientenvertretung.	Die Regelung zur Vereinbarung von Qualitätsmanagementverfahren über die bestehenden Vorgaben der Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA hinaus erscheint obsolet und führt im Zweifel zu einem zusätzlichen Umstellungsaufwand in den fachärztlichen und

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	<u>GKV-SV/KBV/DKG:</u> <u>Beibehaltung der bisherigen Vorgaben,</u> dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.			psychotherapeutischen Praxen, ohne dass dem ein substanzieller Zusatznutzen gegenüber steht. Insofern ist die Vereinbarung von zentralen gemeinsamen Qualitätsstandards und deren Einhaltung zielgenauer und weniger bürokratisch. Eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes sollte gleichwohl sichergestellt sein.
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3	<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3	KBV	Die BPtK befürwortet die Position der KBV.	Der Zwischenbericht zur Evaluation der KSVPsych-Richtlinie hat deutlich gemacht, dass es von Seiten der potenziellen Teilnehmer*innen erheblich Kritik an der bestehenden Regelung gibt, wonach die Aufgabe der differenzialdiagnostischen Abklärung stets durch eine Leistungserbringer*in nach § 3 Absatz 2 Nummer 1 durchzuführen ist. Diese Regelung verursacht regelhaft überflüssige

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Absatz 2 Satz2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender			Doppeluntersuchungen, die weder für die beteiligten Patient*innen und Leistungserbringer*innen zumutbar sind noch die angestrebte Kooperation zwischen den an der Versorgung beteiligten Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen befördert. Die Regelung stellt für die ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeut*innen ein wesentliches Hindernis für eine Beteiligung an den Netzverbünden dar und untergräbt die sinnvoll gelebte Kooperation zwischen Psychotherapeut*innen und Fachärzt*innen im differenzialdiagnostischen Prozess. Eine systematische Nutzung von Vorbefunden wird dadurch verhindert. Auch stellt es einen Bruch in den Versorgungsprozessen dar, wenn seitens der von der Patient*in bestimmten

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.			Bezugspsychotherapeut*in, die im Rahmen der Sprechstundenleistungen bereits die erforderlichen differenzialdiagnostischen Leistungen durchgeführt und erforderliche ergänzende somatische Abklärungen einschließlich des spezifischen medikamentösen Behandlungsbedarfs veranlasst hat, für die Gesamtbehandlungsplanung grundsätzlich die differenzialdiagnostische Abklärung einer Fachärzt*in gemäß § 3 Absatz 2 Nummer 1 zugrunde zu legen ist. Zielführend ist daher, dass die differenzialdiagnostische Abklärung grundsätzlich durch eine Fachärzt*in oder Psychotherapeut*in gemäß § 3 Absatz 2 Nummer 1 oder 2 erfolgen kann und zugleich in § 9 geregelt wird, dass im Gesamtbehandlungsplan festgehalten wird, welche

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Abstimmungen zwischen diesen beteiligten Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen erforderlich sind, zu welchen Zeitpunkten und in welcher Form diese erfolgen. Auch die Regelung, dass die Ergebnisse der Differentialdiagnostik im Gesamtbehandlungsplan gemäß § 9 festgehalten wird, dient dem gemeinsamen Verständnis der in Kooperation zusammengestellten diagnostischen Befunde und der abgeleiteten indizierten Behandlungsmaßnahmen bei allen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer*innen. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Regelung zu den erforderlichen Abstimmungen zwischen Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen ist auch die bisherige Einschränkung bei der Aufgabe der Bezugspsychotherapeut*in obsolet, nach der bisher vorgegeben war, dass die

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Bezugsfunktion bei einer Fachärzt*in liegt, soweit behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, relevante somatische Komorbiditäten, die einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung oder Überwachung bedürfen oder deren psychopharmakologische Behandlung einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]	GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.	GKV-SV	Die vorgeschlagene Ergänzung wird mangels Erforderlichkeit nicht befürwortet.	Vor dem Hintergrund der seitens der KBV vorgeschlagenen Regelungen zur differentialdiagnostischen Abklärung und der Klärung der erforderlichen Abstimmungen zwischen Fachärzt*innen nach § 3 Absatz 2 Nummer 1 und Psychotherapeut*innen nach § 3 Absatz 2 Nummer 2 bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans, die einer Stärkung der Kooperation

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				zwischen diesen beiden Leistungserbringer*innen systematisch befördert, erscheint eine Regelung obsolet, nach der im Falle einer vorrangig psychiatrischen Behandlung eine Einbindung einer Psychotherapeut*in auch dann angestrebt werden soll, wenn dafür ggf. keine Indikation besteht.
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1	Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.	allen	Die Ergänzung ist sachgerecht und wird befürwortet.	
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]	GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und	GKV-SV	Die Ergänzung einer zusätzlichen Pflicht das Ende der KSVPsych-Versorgung anzuzeigen wird nicht befürwortet.	Die bestehenden Regelungen sind ausreichend um zu gewährleisten, dass eine ggf. parallel stattfindende Versorgung in mehreren Netzverbünden frühzeitig erkannt wird.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	einheitlichen Meldung und deren Inhalten.			
§ 9 Absatz 1	Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).	allen	Die Ergänzungen in § 9 Absatz 1 werden befürwortet.	Die vorgeschlagenen Regelungsänderungen sind geeignet, die Kooperation und die Abstimmung der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer*innen weiter zu stärken, nicht zuletzt auch zwischen den Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen, die in vielen Fällen zusammen mit der koordinierenden Person den Nukleus der multiprofessionellen Versorgung bilden werden. Siehe hierzu auch die Ausführungen zu den Änderungen des § 8 Absatz 1.
§ 11 Absatz 1	Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ wird gestrichen	allen	Die redaktionelle Änderung wird befürwortet.	
§ 11 Absatz 6	Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch	allen	Der Regelungsvorschlag wird befürwortet.	Die ergänzende Regelung in Absatz 6, mit der auf die Nutzung der Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur sowie der elektronischen Patientenakte

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.			für die Erleichterung des Sektorenübergangs hinwiesen wird, ist sachgerecht. Deren Nutzung kann sowohl beim Übergang aus der ambulanten in die stationäre Versorgung als auch bei Entlassung aus dem Krankenhaus und die Überführung in ambulante Komplexbehandlung eine systematische und zeitnahe Kommunikation und Bereitstellung der für die weitere Behandlung erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Informationen erleichtern.

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Psychotherapie und
psychiatrische Versorgung

ausschließlich per E-Mail an:
KSVPsych@g-ba.de

Ihr Kontakt:

Herr Oster

Telefon: +49 228 997799 1310

E-Mail: Referat13@bfdi.bund.de

Aktenz.: 13-315/072#1515
(bitte immer angeben)

Dok.: 39731/2025

Anlage:

Bonn, 30.04.2025

Anpassung der Richtlinie über die Berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Sehr geehrter Herr Dr. van Treeck,
sehr geehrte Frau Kleinert,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum o. g. Beschlussentwurf.

In § 6 Abs. 1 Nr. 11 der Richtlinie ist (bislang als Dissens) folgende Regelung vorgesehen:

„Die Netzverbünde gemäß § 3 Absatz 2 können niedrigschwellige Gruppenangebote zur Psychoedukation und Ressourcenstärkung für Patientinnen und Patienten und deren Angehörige einrichten. Sie werden von teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern geleitet. Der Zugang erfolgt auf Empfehlung der Bezugärztin oder des Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten. Die Gruppenangebote können auch von mehreren

Verbünden gemeinsam realisiert werden. Hier kann auch der Einsatz der Möglichkeiten von Gruppen-Videosprechstunden erfolgen.“

Diesbezüglich ist derzeit noch unklar, wie die Gruppen-Videosprechstunde konkret gestaltet werden soll. Hierzu bitte ich um entsprechende Konkretisierungen im Begründungsteil.

Ich gehe derzeit davon aus, dass das nach § 6 Abs. 1 Nr. 11 vorgesehene Gruppenangebot nicht ausschließlich innerhalb des Angehörigenkreises der Patientinnen und Patienten stattfindet, sondern Patientinnen und Patienten, die sich untereinander unbekannt sind, im Rahmen der Gruppen-Videosprechstunde zusammenkommen. Das Bekanntwerden der Teilnahme an psychotherapeutischen Gesprächsangeboten kann für die Teilnehmenden mit Stigmatisierung verbunden sein. Deswegen ist wichtig, dass beispielsweise das Aufzeichnen der Gruppen-Videosprechstunde durch einzelne Teilnehmende nicht möglich ist.

Ebenfalls ist unklar, ob die Teilnehmenden zur Verwendung des Video-Tools für die Gruppensprechstunde zunächst Nutzungsbedingungen akzeptieren und hierzu ggf. in die Verarbeitung von personenbezogenen Daten durch die Anbieter des Video-Tools einwilligen müssen. Hier sind die Rahmenbedingungen für die Teilnahme so zu gestalten, dass dem datenschutzrechtlichen Kopplungsverbot Rechnung getragen wird (Art. 7 Abs. 4 DSGVO).

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Oster

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie Ihre Stellungnahme zur Synopse der Beschlussvorhaben zur KSVPsych-RL in die folgende Tabelle ein.

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und – psychotherapie DGGPP e.V.
10.04.2025

Für allgemeine Anmerkungen steht Ihnen die folgende Tabellenzeile zur Verfügung.

Allgemeine Anmerkungen

Bitte wählen Sie aus, zu welchen Änderungen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten und fügen Sie diese unter „Stellungnahme“ und „Begründung“ ein. Bitte geben Sie ggf. auch an, auf welche Position (GKV-SV, KBV, DKG, PatV, alle) sich Ihre Stellungnahme bezieht.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 2 Absatz 2	Definition der Patientengruppe: KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM	<u>GKV-SV/PatV</u>	<u>Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM ist dringend zu empfehlen.</u>	<u>Angesichts des demografischen Wandels und der hohen Krankheitslast bei Demenzerkrankungen ist im Lichte umfangreicher Evidenz zur Wirksamkeit von berufsgruppenübergreifenden ambulanten Interventionen die Erweiterung auf organisch</u>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				psychische Störungen, insbesondere den Demenzerkrankungen, sinnvoll und überfällig. Die Versorgungsmöglichkeit durch ambulante KSV-Psych ist insbesondere auch hinsichtlich der Belastung von Betroffenen und ihren Angehörigen erforderlich und kann in der Versorgung weder durch DMPs ersetzt noch allein durch andere Versorgungsstrukturen (PIA o.ä.) getragen werden.
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2 § 3 Absatz 2 Satz 6 ff § 3 Absatz 9 Satz 7	<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzverbund ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG.			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.			
§ 3 Absatz 2 Satz 1	<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug			
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3) Nummer 4	<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	allen		
§ 3 Absatz 2 Satz 3	<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	[GKV/KBV/DKG: sechs] (PatV fünf] Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.			
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)	<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei	<u>GKV-SV</u>	<u>Angesichts der Anzahl von Psychotherapeut*innen mit hälftigem Versorgungsauftrag ist der volle Versorgungsauftrag in der KSV-Psych RL für Psychotherapeut*innen unrealistisch.</u>	<u>Aus Kammerkreisen ist zu hören, dass die Anforderung an PT, einen vollen Versorgungsauftrag zu haben, der breiteren Implementierung der KSV-Psych geschadet hat. Einen Sachgrund für die Anforderung können wir nicht erkennen, wenn beispielsweise ein Vollzeitäquivalent für die koordinierende Person vorgehalten würde.</u>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.			
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]	<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3	<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.	allen		
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7	<u>KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.	KBV		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 6	<u>Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPtK</u>	allen		
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6] , § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4	<u>Lockerung:</u> <u>Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.	allen		
§ 3 Absatz 11	<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den Landeskrankenhausesgesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.			
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 4 Absatz 1	<u>Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.</u>	allen		
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3	<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>	allen		
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]	<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.			
§ 4 Absatz 3 Nummer 2	Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugsarztes/- Psychotherapeuten.</u>	allen		
§ 6 Absatz 1 Nr. 2	<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG: sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV: zwei Wochen.			
§ 6 Absatz 1 Nummer 3	<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV: sieben Werktagen (wie bisher), KBV: vier Wochen.			
§ 6 Absatz 1 Nummer 5	<u>Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.</u>			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6	<u>Telematikinfrastruktur</u> : Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.	allen		
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV : Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV : Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).			
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)	<u>KBV</u> : <u>Niedrigschwellige Gruppenangebote</u> Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.	<u>KBV</u>		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)	<u>PatV</u> : <u>Lockerung Qualitätsvorgaben</u> Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagement-	<u>PatV</u>		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	verfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. <u>GKV-SV/KBV/DKG:</u> <u>Beibehaltung der bisherigen Vorgaben,</u> dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.			
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3	<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert.			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.			
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]	GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.	GKV-SV		
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1	Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.	allen		
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]	GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und	GKV-SV		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	einheitlichen Meldung und deren Inhalten.			
§ 9 Absatz 1	Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).	allen		
§ 11 Absatz 1	Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ wird gestrichen	allen		
§ 11 Absatz 6	Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.	allen		

Betreff: AW: [EXTERN] Stellungnahmeberechtigte Organisationen | Bitte um Stellungnahme | Anpassung der KSVPsych-RL
Datum: Mittwoch, 16. April 2025 10:25:01

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.**

Sehr geehrte Damen und Herren,

herzlichen Dank für die Beteiligung an der Weiterentwicklung der Richtlinie zur KSV Psych-RL.

Aus Sicht der psychiatrischen psychosomatischen Tageskliniken und unseres Verbandes DATPPP ist diese Weiterentwicklung sehr zu begrüßen und sofern unter den zugelassenen Krankenhäuser auch die zugelassenen Tageskliniken verstanden werden, was sich als sehr verständlich voraussetze, ist aus unserer Sicht kein Nachbesserungsbedarf vorhanden. Ich wünsche gute weitere Entwicklung des Prozesses und der Umsetzung in die Praxis.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen,

Dr. Herald Hopf

Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Chefarzt Tagesklinik Waldfriede und Privatklinik Nikolassee gGmbH
Vorsitzender der DATPPP e.V.
Fon 030 7974 3861
Fax 030 7974 3862
www.tagesklinik-waldfriede.de
Tagesklinik Waldfriede gGmbH
Schmidt-Ott-Str. 9
12165 Berlin-Steglitz
Netzwerk Krankenhaus Waldfriede, www.waldfriede.de

Denken Sie an die Umwelt - bitte drucken Sie die E-Mail nur aus, wenn es absolut notwendig ist!

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie Ihre Stellungnahme zur Synopse der Beschlussvorhaben zur KSVPsych-RL in die folgende Tabelle ein.

Deutsche Fachgesellschaft psychiatrische Pflege e.V. DFPP
29.04.2025

Für allgemeine Anmerkungen steht Ihnen die folgende Tabellenzeile zur Verfügung.

Allgemeine Anmerkungen
Die Deutsche Fachgesellschaft für psychiatrische Pflege (DFPP) begrüßt die Einführung der KSVPsych-Richtlinie als wichtigen Schritt zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit einem komplexen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Die Zielsetzung der Richtlinie, sektorenübergreifende, koordinierte und bedarfsorientierte Leistungen zu bündeln, ist aus unserer Sicht grundsätzlich zu unterstützen. Gleichzeitig möchten wir auf zentrale Aspekte hinweisen, in denen aus pflegfachlicher Perspektive erheblicher Nachbesserungsbedarf besteht. Aus unserer Sicht bleiben insbesondere die Potenziale der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (pHKP) innerhalb des Netzwerkes in der derzeitigen Ausgestaltung der KSVPsych-Richtlinie weitgehend ungenutzt. Sowohl in der internationalen Evidenz als auch in den Leitlinien der DGPPN wird die pHKP als das Instrument gesehen, welches in der Krankheitsbewältigung bei schweren psychischen Erkrankungen, den persönlichen Recovery-Prozess und das Empowerment sehr wirksam unterstützen kann. In der momentanen Umsetzung der Richtlinie wird diese wichtige Ressource kaum oder nur unzureichend genutzt, um nachhaltige Verbesserungen für die Betroffenen in ihrem persönlichen Recovery Prozess herbeizuführen (vgl. dazu die Stepped-Care-Modell in Hamburg und Bremen im Rahmen von Modellprojekten bzw. der „Besonderen Versorgung“). In der praktischen Erfahrungen zeigt sich zurzeit in vielen Netzverbünden, dass die fachärztliche Versorgung sich nicht inhaltlich verändert und die Fachärzte nach wie vor die komplexen Behandlungsfälle größtenteils allein versorgen, da komplementäre Dienste in der KSVPsych nur marginal vorkommen. Nach unserer Auffassung sollte der psychiatrischen Pflege (pHKP) im Rahmen der KSVPsych Netzwerk eine tragende Rolle zukommen, so wie dies in den Netzwerken der besonderen Versorgung bereits der Fall ist. Derzeit ist pHKP nur in der Regelversorgung umsetzbar. Dies bedeutet lediglich eine Versorgungsdauer von vier Monaten, während die Einschreibung der betroffenen Personen in das Versorgungsprogramm zurzeit über drei Jahre erfolgt. Diese zeitliche Diskrepanz steht im Widerspruch zu den evidenzbasierten Erkenntnissen und praxisgestützten Erfahrungen, die zeigen, dass psychiatrische Pflege im Sinne einer recovery-orientierten und lebensweltbezogenen Begleitung und Befähigung auf Kontinuität, Beziehungsarbeit und Langfristigkeit angewiesen ist. Die derzeitige Regelung verhindert, dass die psychiatrische Pflege ihre Wirkungspotenziale in der komplexen Versorgung voll entfalten kann. Die DFPP empfiehlt daher eine Ausweitung der verfügbaren Leistungskontingente

analog zur Soziotherapie Richtlinie. Ein auf komplexe Erkrankungen orientiertes Stundenmodell – beispielsweise 4 x 40 Stunden – das über die gesamte Versorgungsdauer von bis zu drei Jahren flexibel eingesetzt werden kann, würde eine bedarfsorientierte und personenzentrierte Pflegeintervention ermöglichen und so zu einer nachhaltig wirksamen Versorgung beitragen.

In den bestehenden KSVpsych Netzwerken konnte festgestellt werden, dass die koordinierende Funktion (§ 5 KSVpsych) durch die Fachärzte derzeit vorrangig in der praktischen Umsetzung in den eigenen Praxen delegiert wird, d.h. an die Medizinischen Fachangestellten (MFAs), die allerdings, die damit in Zusammenhang stehenden Aufgaben (§ 10 KSVpsych) nicht erfüllen. Zumeist ist die koordinierende Person dem Nutzer weder bekannt und noch vertraut, was eine Grundvoraussetzung für die Delegation ist (§ 5 KSVpsych). Im Gegensatz dazu verfügt die pHKP über umfangreiche Kompetenzen in der systemischen Koordination, der sektorenübergreifenden Vernetzung, der Angehörigenarbeit, der Krisenintervention sowie in der Planung und Begleitung langfristiger Unterstützungsprozesse. Die enge Anbindung an die Lebenswelt der Betroffenen sowie der kontinuierliche Austausch mit allen an der Versorgung Beteiligten prädestinieren psychiatrisch Pflegenden dafür, die Koordinierungsrolle in multiprofessionellen Teams verantwortungsvoll zu übernehmen. Die DFPP spricht sich daher dafür aus, die Richtlinie so zu gestalten, dass die koordinierende Funktion – analog zu Modellen des Case Managements – auch durch entsprechend qualifizierte psychiatrische Pflegefachpersonen (oder durch Sozio- oder Ergotherapeuten) übernommen werden sollte. Die Abrechnung dieser Leistungskomplexe in der Koordinierungsaufgabe sollte durch die Leistungserbringer direkt erfolgen und nicht indirekt durch die Abrechnung der Fachärzte.

Beide Maßnahmen würden nicht nur zu einer nachhaltigen Qualitätsverbesserung der Versorgung beitragen, sondern auch der Komplexität der Lebenslagen von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen angemessen Rechnung tragen. Wir stehen für weiterführende Gespräche und fachliche Beratung jederzeit gerne zur Verfügung.

Bitte wählen Sie aus, zu welchen Änderungen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten und fügen Sie diese unter „Stellungnahme“ und „Begründung“ ein. Bitte geben Sie ggf. auch an, auf welche Position (GKV-SV, KBV, DKG, PatV, alle) sich Ihre Stellungnahme bezieht.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 2 Absatz 2	<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM	KBV/DKG	Die DFPP unterstützt den Vorschlag der KBV/DKG, der Ausschluss Diagnosegruppe F 00 nicht schlüssig ist.	Die Erfahrung innerhalb der pHKP zeigt, dass diese Diagnosegruppe eine eher geringe Rolle in der Versorgungsrealität darstellt und es somit der DFPP nicht schlüssig erscheint, diese Diagnosegruppe auszuschließen.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2 § 3 Absatz 2 Satz 6 ff § 3 Absatz 9 Satz 7	<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzverbund ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.	<u>GKV-SV/KBV / DKG</u>	<u>Die DFPP unterstützt die Argumentation MVZ und BAG in die Teilnahme an dem Netzverbund zu ermöglichen.</u>	<u>Gerade in ländlichen Regionen ist eine Zunahme von MVZ oder BAG festzustellen. Nach der Auffassung ist es zeitgemäß, die MVZ und BAG den Zugang zum Netzverbund zu ermöglichen.</u>
§ 3 Absatz 2 Satz 1	<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug	<u>DKG / PatV</u>	<u>Die DFPP unterstützt die Argumentation der DKG/PatV.</u>	<u>Die DFPP vertritt die Auffassung, dass auch eine psychiatrische Institutsambulanz an dem Netzwerkverbund teilnehmen sollte und dementsprechend auch Fachärzte und Psychologische Psychotherapeuten gemäß einer Ermächtigung gemäß § 116 SGB V.</u>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3) Nummer 4	<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	<u>allen</u>	<u>Die DFPP unterstützt diese Argumentation</u>	
§ 3 Absatz 2 Satz 3	<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] (PatV fünf) Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.	<u>GKV / KBV / DKG</u>	<u>Die DFPP unterstützt die Auffassung der GKV/KBV/DKG, dass sechs Fachärzte und Psychotherapeuten zur Gründung eines Netzverbund ausreichen.</u>	
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]:	<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils	<u>DKG / PatV</u>	<u>Die DFPP folgt dem Vorschlag der DKG / PatV</u>	<u>Wir haben die Erfahrung gemacht, dass in vielen Gemeinschaftspraxen viele Fachärzte über einen halben Versorgungsauftrag verfügen</u>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)	über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.			bzw. eine Anstellungsgenehmigung. Es erscheint uns sinnvoll, dass diese Fachärzte ebenso wie die anderen Fachärzten in derselben Praxis an dem Netzverbund teilnehmen können.
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]	Anforderungen an MVZ und BAG: GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem		Wir folgen dem Vorschlag der KBV/DKG allerdings nicht dem Zusatz der KBV, dass ein Vollzeitäquivalent für eine nicht-ärztliche koordinierende Person vorzuhalten ist.	Die DFPP sieht die Gefahr, dass durch die MVZ/BAG diese Aufgabe nicht an die pHKP delegieren kann, weil sie eine nicht-ärztliche Kraft dafür vohalten muss, was wieder zu den anfänglich Schwierigkeiten in der Koordination führen kann.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).			
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3	<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzwerkverbund befinden.	allen	<u>Die DFPP folgt dem Vorschlag die Vorgaben zu lockern.</u>	<u>Wir sehen momentan nicht, dass sich in den betreffenden Regionen / Landkreisen die Krankenhäuser eine Kooperation anstreben, da sie in dem Netzwerkverbund keinen Vorteil für sich sehen. Wenn allerdings die Gründung des Netzwerkverbundes abhängt, sollte es <i>angestrebt</i> werden. Dies gilt ebenso für die räumliche Nähe, damit teilnehmende KH überhaupt dem Netzwerkverbund zur Verfügung stehen.</u>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7	KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus: Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.	<u>KBV</u>	<u>Die DFPP kann der Argumentation folgen.</u>	<u>Der geforderte Krisendienst kann durch eine verlängerte Versorgung durch pHKP ohne Probleme vorgehalten werden, wenn der Vorschlag der DFPP diesbezüglich in Betracht gezogen werden kann, da jeder psychiatrischer Fachpflegedienst gemäß § 132a eine Krisenbetreuung vorhält, d.h. es kann auf bestehende Ressourcen zurückgegriffen werden, auch ohne Krankenhaus.</u>
§ 3 Absatz 6	<u>Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPtK</u>	allen	<u>Die DFPP folgt der Ausführung</u>	
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6], § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertragspartner),	<u>Lockerung:</u> <u>Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen,	<u>allen</u>	<u>Die DFPP stimmt der Ausführung nicht zu</u>	<u>Es sollte auf jeden Fall ein Netzverbundvertrag abgeschlossen werden, damit sich die Leistungserbringer gegenseitig vertraglich verpflichten.</u>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4	z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.			
§ 3 Absatz 11	<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den Landeskrankenhausesgesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche	allen	<u>Die DFPP folgt den Ausführungen</u>	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	des Nationalen Gesundheitsportals.			
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).	<u>GKV-SV/PatV</u>	<u>Die DFPP folgt der Argumentation der GKV-SV/PatV</u>	<u>Die Informationen des Angebot sollten quartalsweise aktualisiert werden</u>
§ 4 Absatz 1	<u>Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.</u>	allen	<u>Dies trifft die Zustimmung der DFPP</u>	
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3	<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugssarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>	allen	<u>Die DFPP kann dieser Argumentation folgen</u>	<u>Gemäß der vorherigen Ausführung ist die Streichung notwendig</u>
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]	<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugssarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des	<u>GKV-SV</u>	<u>Die DFPP vertritt die Auffassung das sowohl die Vorgabe zur Erreichbarkeit des Bezugssarztes/-Psychotherapeuten oder der</u>	<u>Wir halten es für notwendig, dass ein regelmässiger Kontakt zu der koordinieren Fachkraft durch eine Telefonische Erreichbarkeit besteht.</u>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.		koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche umgesetzt werden sollte, als auch Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.	Im Weiteren vertreten wir die Auffassung, dass der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen, gemäß unserer vorherigen Ausführung.
§ 4 Absatz 3 Nummer 2	Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten.</u>	allen	<u>Die DFPP stimmt dieser Aussage zu</u>	<u>Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut sollte sich dieser Aufgabe bewußt sein.</u>
§ 6 Absatz 1 Nr. 2	<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG: sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV: zwei Wochen.			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 6 Absatz 1 Nummer 3	<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV : sieben Werktagen (wie bisher), KBV : vier Wochen.			
§ 6 Absatz 1 Nummer 5	<u>Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.</u>		<u>Zustimmung</u>	
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6	<u>Telematikinfrastruktur:</u> Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.	allen	<u>Die DFPP stimmt dieser Aussage zu</u>	
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV : Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal,	<u>GKV-SV / DKG / PatV</u>	<u>Die DFPP stimmt den Ausführung der GKV-SV / DKG / PatV zu</u>	<u>Wie bereits beschrieben wurde, findet die pHKP Versorgung nur im Rahmen der RV statt und dadurch kommt jeder Betroffene lediglich einmal in einer Besprechung vor, weil im nächsten Quartal der Betroffene</u>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).			die Versorgung der pHKP verlassen hat und deswegen auch keine Patintensorientierte Fallbesprechung stattfindet.
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)	KBV: <u>Niedrigschwellige Gruppenangebote</u> Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.	<u>KBV</u>	<u>Die DFPP begrüßt den Vorschlag der KBV</u>	Wir konnten ambulant die Erfahrung machen, dass niedrigschwellige Angebot sinnvoll sind, dazu bedarf es einer separaten Vergütungsregelung mit der Krankenkasse (wie z.B. in der Soziotherapie)
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)	PatV: <u>Lockerung Qualitätsvorgaben</u> Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. GKV-SV/KBV/DKG: <u>Beibehaltung der bisherigen Vorgaben,</u> dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen	<u>GKV-SV / KBV / DKG</u>	<u>Die DFPP stimmt für eine Beibehaltung der Qualitätsmanagementverfahren</u>	Bisher konnten wir in deren Umsetzung in den existierenden Netzverbünden noch nicht feststellen. Aufgrund dessen stellt sich die Frage, wer die Umsetzung überprüft.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	innerhalb des Netzverbundes erfolgt.			
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3	<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im	P		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.			
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]	GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.	<u>GKV-SV</u>	<u>Die DFPP unterstützt die Auffassung der GKV-SV</u>	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1	Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.	allen	<u>Zustimmung</u>	
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]	GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.	<u>GKV-SV</u>	<u>Die DFPP stimmt der GKV-SV zu</u>	<u>Ein klare und einheitlich Meldung sorgt für eine größere Transparenz in dem System</u>
§ 9 Absatz 1	Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).	allen	<u>Die DFPP stimmt dieser Änderung zu</u>	<u>Der Gesamtbehandlung sollte mit allen Beteiligten regelmässig abgestimmt werden, ob es behandlungsspezifische Änderungen bzw. Präferenzen in der Versorgung geben sollte.</u>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 11 Absatz 1	Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ wird gestrichen	<u>allen</u>	<u>Zustimmung</u>	
§ 11 Absatz 6	Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.	<u>allen</u>	<u>Zustimmung der DFPP</u>	

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie Ihre Stellungnahme zur Synopse der Beschlussvorhaben zur KSVPsych-RL in die folgende Tabelle ein.

Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)
15.04.2025

Für allgemeine Anmerkungen steht Ihnen die folgende Tabellenzeile zur Verfügung.

Allgemeine Anmerkungen
Wir begrüßen außerordenetlich die Überarbeitung dieser Richtlinie für eine schwellenarme Einführung komplexer multiprofessioneller Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Es sollte gelingen, Umsetzungshürden zu beseitigen und klug koordinierte sowie patientenzentrierte Multiprofessionalität in der medizinischen Versorgung dieser Patienten leicht erreichbar zu machen.

Bitte wählen Sie aus, zu welchen Änderungen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten und fügen Sie diese unter „Stellungnahme“ und „Begründung“ ein. Bitte geben Sie ggf. auch an, auf welche Position (GKV-SV, KBV, DKG, PatV, alle) sich Ihre Stellungnahme bezieht.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 2 Absatz 2	<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM,	KBV/DKG	Erweiterung des Diagnosespektrums auf gesamten F-Diagnose-Bereich mit Einbeziehung der Demenzdiagnosen – F0x – ist erforderlich	Für diese Patientengruppe ist die Einleitung einer zeitnahen Diagnostik von Bedeutung, weil nur zu Beginn der Behandlung eine antidementive Behandlung indiziert ist – schreitet die Demenz fort, sind

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM			Antidementiva nicht mehr einsetzbar • Sollen Psychopharmaka zur Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz eingesetzt werden, ist dies auch dringend nötig, um Klinikeinweisungen zu vermeiden – dazu müssen auch zwingend sozialmedizinische Beratungen dienen • Antidementive Behandlung ist insbesondere in frühen und mittelschweren Stadien, wenn pflegerische Interventionen noch nicht notwendig sind möglich und meist indiziert, außerdem medikamentöse, ergo- und physiotherapeutische Behandlungen sowie niedrigschwellige psychotherapeutische Interventionen zum Erhalt der Teilhabe • Auch für die Identifikation der Alzheimerpathologie als Frühform einer Demenz wäre eine vernetzte und multiprofessionelle

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Intervention dringend erforderlich (gestuftes und differenziertes diagnostisches Vorgehen mit neuropsychologischen, laborchemischen und bildgebenden Verfahren vor behandlungsbeginn und engmaschig im Verlauf sowie sozialmedizinisch-psychotherapeutische Begleitung) – hier handelt es sich meist nicht um schwer psychisch Kranke im Sinne der Richtlinie (s. GAF-Wert). Deswegen muss für diese wachsende Patientengruppe eine Form der Versorgung für die Abbildung der vielfältigen Schritte gefunden werden – z. B. eine weitere Richtlinie zur „Demenzfrühversorgung“.
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2 § 3 Absatz 2 Satz 6 ff § 3 Absatz 9 Satz 7	<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzverbund ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur	<u>KBV/GKV-SV</u>	<u>Einbezug der in der vertragsärztlichen Versorgung schon etablierten Strukturen</u>	Begrüßenswert ist die Ermöglichung der vernetzten Versorgung durch Einbeziehung einer bereits qua Institution im Vertragsarztbereich definierten Vernetzung –

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.			BAG und als besondere Form das MVZ – damit können bereits synergetisch wirksame Versorgungselemente noch breiter nutzbar gemacht werden
§ 3 Absatz 2 Satz 1	<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug	DKG/ PatV	Ablehnung	Der Einbezug Ermächtigter ist nicht erforderlich. Eine Ermächtigung von Ärzten und Psychotherapeuten ist nur dann notwendig, wenn trotz bestehender Erfüllung der Versorgung nach Bedarfsplanungsrichtlinie der Versorgungsbedarf nicht sichergestellt werden kann. Prioritär im Zulassungsverfahren sind Zulassungen zur vertragsärztlichen Versorgung zu behandeln. Zur Stärkung dieser vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Strukturen soll auf diese

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				auch im Vernetzungsverfahren zurückgegriffen werden. (hier besteht die Gefahr von Ermächtigungsanträgen insbesondere durch psychologische Psychotherapeuten, das sollte von uns Ärzten nicht unterstützt werden)
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3) Nummer 4	<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	allen	<u>Übernahme</u>	Die Einfügung des Begriffes der „FachpsychotherapeutInnen infolge des Psychotherapeutengesetzes ist folgerichtig
§ 3 Absatz 2 Satz 3	<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] (PatV fünf) Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und	<u>GKV-SV/ KBV/ DKG</u>	<u>Übernahme</u>	Die Reduzierung der Anforderungen zur Gesamtzahl der in einem Netzverbund tätigen ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen ist zu begrüßen

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.			
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/- psychotherapeut wird gestrichen)	<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprech ende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund- Mitgliedern sind zulässig.	KBV	Übernahme	• Komplexe Regelungen zu vollen und halben Versorgungsaufträgen sichern nicht zwingend die Erreichbarkeit der Versorgung im Rahmen der Sprechstundenzeiten zu, die nach BMV-Ä geregelt sind. Deswegen sollten Regelungen formuliert werden, die die Erreichbarkeit der Versorgung aus Sicht des Patienten schwellenarm möglich macht, unabhängig von Einzel-Festlegungen zu den Versorgungsaufträgen für Ärzte und Psychotherapeuten. • Hier sollte die Erreichbarkeit des Teams in den Vordergrund gestellt werden, schließlich handelt es sich um eine vernetzte Versorgung und ausdrücklich nicht um eine Versorgung

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				durch einen einzelnen Akteur im Versorgungsnetz.
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]	<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).	<u>KBV/</u> <u>DKG</u>	<u>Übernahme</u>	- BAG (und als Sonderform das MVZ) verfügen schon über eine vernetzte Organisationsstruktur. Ob diese für die Versorgung nach dieser Richtlinie aufgestellt ist, muss die zuständige KV prüfen. - In einer bereits bestehenden Netzstruktur eine BAG können die geforderten Versorgungselemente der Richtlinie schneller und leichter erbracht werden (und diese werden gerade in diesen Strukturen bereits jetzt oft erbracht i. S. von Team-Beratungen, Fallbesprechungen, Mitbehandlungen durch in der BAG Tätige usw.) – die BAG kann also durchaus als bestehende Einheit multiprofessionelle Versorgung anbieten. - Die Festlegung der Präsenz einer nichtärztlichen

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				koordinierenden Person erscheint folgerichtig.
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3	<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.	allen	<u>Übernahme</u>	• Es handelt sich um Regelungen zur vernetzten Versorgung im vertragsärztlichen Bereich – die Erzwingung der Kooperation mit einer Klinik ist hier nicht sinnvoll • Nach bestehender Richtlinie haben in vielen Regionen Deutschlands sich in Gründung befindende Netzverbünde kein Krankenhaus gefunden, welches zur Kooperation bereit war – damit war diese Festlegung ein wesentlicher Verhinderungsgrund für die Netzwerkgründung. • Bei erklärter Bereitwilligkeit zur Kooperation mit einem Netzverbund soll es Krankenhäusern möglich sein, dies zu leben.
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7	<u>KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus:</u>	KBV	Übernahme	• Hier muss überlegt werden, ob dem in Gründung befindlichen Netzverbund im vertragsärztlich-

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.			vertragspsychotherapeutischen Bereich zugemutet werden muss, sich ernsthaft um eine Kooperation mit einem Krankenhaus zu bemühen – in der Anhörung schilderten die Netzverbünde von vielfachen Gesprächsbemühungen ohne Resonanz und zahllosen Anschreiben an Kliniken ohne Antwort bzw. ohne konkrete Zusage der Kooperation – das war häufig einen „Hinhalte-Taktik“ • Das Anzeigen der Netzverbundgründung durch die vertragsärztlich-psychotherapeutischen Akteure an die in der Versorgungsregion befindlichen Krankenhäuser mit dem Angebot der Kooperation ist hier ein pragmatischerer Ansatz. • Notfall und Krisenversorgung ist auch in Kliniken erforderlich, die nicht zu den kooperierenden Kliniken

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				gehören – hier gilt das Prinzip der Versorgungsverpflichtung in einer Region.
§ 3 Absatz 6	<u>Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPtK</u>	allen	Übernahme	Dies ist folgerichtig
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6] , § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4	<u>Lockerung:</u> <u>Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.	allen	Übernahme	Die Erleichterung der Netzverbundgründung durch Wegfall der Vertragsbindungen ist zu begrüßen.
§ 3 Absatz 11	<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot</u>	allen	<u>Übernahme</u>	Auch hier handelt es sich um Vereinfachungen des

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	<u>und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.			Verfahrens und dem sollte man zustimmen.
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der	KBV/DKG		Die Vorgabe, dies quartalsweise zu melden ist Überregulierung – bei Änderung der Versorgungsmöglichkeiten muss eine Anpassung in den Veröffentlichungsorganen

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).			vorgenommen werden – bisher war auch keine Frequenz der Meldung gefordert – Entbürokratisierung!
§ 4 Absatz 1	<u>Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.</u>	allen	<u>Übernahme</u>	Keine Einwände
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3	<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugssarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>	allen	<u>Übernahme</u>	- Streichung der Festlegung der Bezugssarzt/-psychotherapeutenfunktion auf einen vollen Versorgungsauftrag wird begrüßt - Festlegung auf Erreichbarkeit der Versorgenden im Team ist zu begrüßen - Erreichbarkeit ist durch Festlegung auf volle oder halbe Versorgungsaufträge nicht regelbar – deswegen Team-Erreichbarkeit praktikabler

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]	<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.	GKV-SV/KBV	Übernahme	• Streichung der Festlegung der Bezugsarzt/-psychotherapeutenfunktion auf einen vollen Versorgungsauftrag wird begrüßt • Festlegung auf Erreichbarkeit der Versorgenden im Team ist zu begrüßen • Erreichbarkeit ist durch Festlegung auf volle oder halbe versorgungsaufträge nicht regelbar – deswegen Team-Erreichbarkeit praktikabler
§ 4 Absatz 3 Nummer 2	Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten.</u>	allen	Übernahme	• Dem sollte zugestimmt werden – das ist Kernaufgabe des Bezugsarztes/ -therapeuten

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 6 Absatz 1 Nr. 2	<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG: sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV: zwei Wochen.	KBV/PatV	Übernahme	Eingangssprechstunde innerhalb von 2 Wochen ist hier praktikabel – diese wird angestrebt, wenn Voraussetzungen für die intensivierte Versorgung schon als wahrscheinlich gelten – man kann davon ausgehen, dass bereits ein besonderes Augenmerk auf die betreffende Person gelegt wird und Versorgung entweder im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung oder nervenärztlich-psychiatrisch-psychotherapeutisch erfolgt
§ 6 Absatz 1 Nummer 3	<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV: sieben Werktagen (wie bisher), KBV: vier Wochen.	KBV	Übernahme	Differentialdiagnostik muss geplant werden – dafür ist Frist von 4 Wochen angemessen, da Eingangssprechstunde in kürzerem Zeitrahmen erforderlich und damit Priorisierung von Interventionen damit schon möglich ist – insbesondere Akut- und Kriseninterventionen.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 6 Absatz 1 Nummer 5	<u>Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.</u>	Allen?	<u>Übernahme</u>	• Änderung ist zu begrüßen
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6	<u>Telematikinfrastruktur:</u> Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.	allen	<u>Übernahme</u>	• Diese Änderung ist zu begrüßen, weil damit flexibel die jeweils neuen und in der Versorgung praktikablen Kommunikationswege genutzt werden können – Anpassungen können schwellenarm umgesetzt werden
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).	<u>KBV</u>	<u>Übernahme</u>	• Flexibilität und Erfordernis der verbindlichen Implementierung einer Fallkonferenz ist mit der Festlegung auf 1x/Quartal ausreichend berücksichtigt – verantwortlich dafür ist der Bezugsarzt/ -psychotherapeut – bei entsprechender Notwendigkeit kann dies mehrfach erfolgen • Bilaterale Kommunikation von an der Versorgung eines Pateinten Beteiligten, die

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				nicht einer Fallkonferenz entsprechen muss, kann über Kommunikationswege, wie oben beschrieben erfolgen • Im Sinne der Arbeitseffektivität zur Bewältigung der Gesamtversorgung sollte die Einberufung einer Fallkonferenz so oft wie nötig erfolgen – eine überflüssige Ressourcenbindung, wenn es eben nicht unbedingt als Fallkonferenz erforderlich ist, sollte aber vermieden werden – deswegen 1x/Quartal ausreichend
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)	<u>KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote</u> Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.	<u>KBV</u>	<u>Übernahme</u>	• Niedrigschwellige Gruppenangeboten waren Kernelement des Versorgungsprojektes des Innovationsfonds in der KV Nordrhein und wurden positiv evaluiert • Therapeutisch ist die Gruppentherapie sinnvoll, weil neben der psychoedukativen der

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				gruppendynamische Effekt zum Tragen kommt • Es handelt sich hier nicht um eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung – diese ist in der Regel mit hohen Anforderungen an die Teilnahme gebunden – Patienten mit schwerer psychischer Beeinträchtigung sind meist nicht in der Lage, von dieser Intervention zu profitieren oder erfüllen die Eingangsvoraussetzungen (zeitliche Zuverlässigkeit, Einhalten der Kommunikationsregeln, erforderliche mnestiche Kompetenzen, ...) dafür nicht – gruppentherapeutische Angebote zur Psychoedukation oder zum Skills-Training können flexibler gestaltet werden, offene Gruppen sind besser zu implementieren. • Gerade für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				niedrigschwellige und offene Gruppenangebote eine gute Möglichkeit, Teilhabefähigkeiten wieder zu entwickeln.
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)	<u>PatV: Lockerung Qualitätsvorgaben</u> Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. <u>GKV-SV/KBV/DKG:</u> <u>Beibehaltung der bisherigen Vorgaben</u>, dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.	<u>PatV</u>	<u>Ablehnung</u>	• Qualitätssicherung ist bedeutend in der Patientenversorgung und von besonderer Bedeutung, wenn im vertragsärztlichen Bereich realisiert werden soll durch verschiedene Berufsgruppen – die bestehenden Regelungen der KSVPsych-RL sollten also beibehalten werden
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3,	<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen	KBV	Übernahme	• Differentialdiagnostik sollte unbedingt fachärztlich UND psychotherapeutisch erfolgen, um alle Aspekte

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 9 Absatz 3 Satz 3	Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die			der Versorgung prüfen und bei Bedarf diese einleiten zu können. Wenn die Eingangssprechstunde und der Erstkontakt durch einen ausschließlich psychotherapeutisch Tätigen (Arzt oder Psychotherapeuten) erfolgt, muss eine medizinisch-psychiatrische bzw. -psychosomatische Diagnostik ergänzend erfolgen, um psychopharmakologische oder andere biologische Interventionen sowie das Erfordernis weiterer somatischer Diagnostik oder Interventionen zu prüfen und in die Wege zu leiten. • Das Ergebnis muss im Gesamtbehandlungsplan festgeschrieben werden, auf den jeder an der individuellen Patientenversorgung Beteiligte Zugriff hat

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.			
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]	GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.	GKV-SV	Ablehnung	Die Prüfung der Einbeziehung eines Psychotherapeuten bei vorwiegend psychiatrischer Behandlung kann im Rahmen der Differenzialdiagnostik erfolgen. Allerdings ist nicht immer zwingend die psychotherapeutische Mitbehandlung nötig oder möglich. Mitunter sind schwer psychisch Kranke nicht in der Lage, psychotherapeutische Behandlung wahrzunehmen – ggf. ist erst nach einer

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Stabilisierungsphase diese möglich
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1	Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.	allen	Zustimmung	• Dem ist zuzustimmen.
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]	GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.	GKV-SV	Ablehnung	• Der Beginn und das Ende der Behandlung nach KSVPsych-RL muss in geeigneter Weise angezeigt werden – ansonsten sollte aber hinsichtlich der Entbürokratisierung auf Überregulierungen verzichtet werden
§ 9 Absatz 1	Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja,	allen	Zustimmung	• Dem ist zuzustimmen

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).			
§ 11 Absatz 1	Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ wird gestrichen	allen	Zustimmung	• Dem ist zuzustimmen
§ 11 Absatz 6	Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrastuktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.	allen	Zustimmung	• Dem ist zuzustimmen

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie Ihre Stellungnahme zur Synopse der Beschlussvorhaben zur KSVPsych-RL in die folgende Tabelle ein.

Berufsverband Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie BVDP
16.04.2025

Für allgemeine Anmerkungen steht Ihnen die folgende Tabellenzeile zur Verfügung.

Allgemeine Anmerkungen
Der Berufsverband Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie BVDP begrüßt ausdrücklich die Überarbeitung dieser Richtlinie, die eine niedrigschwelligere Einführung komplexer multiprofessioneller Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zum Ziel hat. Es ist dringend notwendig, die bisher identifizierten Umsetzungshürden zu beseitigen und klug koordinierte sowie patientenzentrierte Multiprofessionalität in der medizinischen Versorgung dieser Patienten leichter erreichbar zu machen.

Bitte wählen Sie aus, zu welchen Änderungen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten und fügen Sie diese unter „Stellungnahme“ und „Begründung“ ein. Bitte geben Sie ggf. auch an, auf welche Position (GKV-SV, KBV, DKG, PatV, alle) sich Ihre Stellungnahme bezieht.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 2 Absatz 2	<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM,	<u>KBV/DKG</u>	Erweiterung des Diagnosespektrums auf gesamten F-Diagnose-Bereich mit Einbeziehung der Demenzdiagnosen – F0x – ist erforderlich	Für diese Patientengruppe ist die Einleitung einer zeitnahen Diagnostik von Bedeutung, weil nur zu Beginn der Behandlung eine antidementive Behandlung indiziert ist – schreitet

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM			die Demenz fort, sind Antidementiva nicht mehr einsetzbar Sollen Psychopharmaka zur Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz eingesetzt werden, ist dies auch dringend nötig, um Klinikeinweisungen zu vermeiden – dazu müssen auch zwingend sozialmedizinische Beratungen dienen. Eine antidementive Behandlung ist insbesondere in frühen und mittelschweren Stadien, wenn pflegerische Interventionen noch nicht notwendig sind, möglich und meist indiziert. Außerdem sind häufig weitere medikamentöse, ergo- und physiotherapeutische Behandlungen sowie niedrigschwellige psychotherapeutische Interventionen zum Erhalt der Teilhabe erforderlich Auch für die Identifikation der Alzheimerpathologie als Frühform einer Demenz wäre eine vernetzte und multiprofessionelle Intervention dringend erforderlich (gestuftes und differenziertes

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				diagnostisches Vorgehen mit neuropsychologischen, laborchemischen und bildgebenden Verfahren vor behandlungsbeginn und engmaschig im Verlauf sowie sozialmedizinisch-psychotherapeutische Begleitung) – hier handelt es sich meist nicht um schwer psychisch Kranke im Sinne der Richtlinie (s. GAF-Wert). Deswegen muss für diese wachsende Patientengruppe eine Form der Versorgung für die Abbildung der vielfältigen Schritte gefunden werden – z. B. eine weitere Richtlinie zur „Demenzfrühversorgung“.
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2 § 3 Absatz 2 Satz 6 ff § 3 Absatz 9 Satz 7	<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzverbund ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder	<u>KBV/GKV-SV</u>	<u>Einbezug der in der vertragsärztlichen Versorgung schon etablierten Strukturen</u>	Die Einbeziehung einer bereits qua Institution im Vertragsarztbereich definierten vernetzten Struktur, wie etwa eine Berufsausübungsgemeinschaft BAG und auch ein von den in der Richtlinie genannten relevanten Leistungserbringern geführtes Medizinisches Versorgungszentrum MVZ würde die Bildung eines Netzverbundes erleichtern. Damit können bereits synergetisch wirksame

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	- ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.			Versorgungselemente noch breiter nutzbar gemacht werden. Ausdrücklich nicht adressiert wird mit dieser Befürwortung der Einbezug von MVZs, die nicht mit der Versorgung der adressierten Patientengruppe bereits ausreichende Erfahrung haben.
§ 3 Absatz 2 Satz 1	<u>Einbezug ermächtigter Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug	DKG/ PatV	Ablehnung	Der Einbezug ermächtigter Leistungserbringer (speziell der in der aktuellen Änderung der Zulassungsverordnung Ärzte adressierten Leistungserbringer) ist nicht erforderlich. Eine Ermächtigung von Ärzten und Psychotherapeuten ist grundsätzlich nur dann notwendig, wenn der Versorgungsbedarf trotz Darstellung regelrechter Versorgungsumfänge nach Bedarfsplanungsrichtlinie regional nicht sichergestellt werden kann. In den Zulassungsverfahren sind Zulassungen zur vertragsärztlichen Versorgung vorrangig auszusprechen. Zur Stärkung dieser vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Strukturen soll auf diese auch im vorliegenden Vernetzungsverfahren zurückgegriffen werden.
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3) Nummer 4	<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	allen	<u>Übernahme</u>	Die Einfügung des Begriffes der „FachpsychotherapeutInnen infolge des Psychotherapeutengesetzes ist folgerichtig
§ 3 Absatz 2 Satz 3	<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] (PatV fünf) Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.	<u>GKV-SV/ KBV/ DKG</u>	<u>Übernahme</u>	Die Reduzierung der Anforderungen zur Gesamtzahl der in einem Netzverbund tätigen ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen auf sechs Personen ist zu begrüßen.
§ 3 Absatz 2 Satz 4	<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u>	<u>KBV</u>	<u>Übernahme</u>	Komplexe Regelungen zu vollen und halben Versorgungsaufträgen sichern nicht zwingend die

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
(siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)	GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzwerk verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzwerk verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzwerk-Mitgliedern sind zulässig.			Erreichbarkeit der Versorgung im Rahmen der Sprechstundenzeiten ab, die nach BMV-Ä geregelt sind. Deswegen sollten Regelungen formuliert werden, die die Erreichbarkeit der Versorgung aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer schwellenarm möglich macht, unabhängig von Einzel-Festlegungen zu den Versorgungsaufträgen für Ärzte und Psychotherapeuten. Hier sollte die Erreichbarkeit des Teams in den Vordergrund gestellt werden, schließlich handelt es sich um eine vernetzte Versorgung und ausdrücklich nicht um eine Versorgung durch einen einzelnen Akteur im Versorgungsnetz. Aus unserer Sicht sollte seitens der Fachärztlichen Versorgung mindestens ein voller Versorgungsauftrag eingebracht werden.
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]	<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben	<u>KBV/</u> <u>DKG</u>	<u>Übernahme</u>	BAG (und als Sonderform das MVZ) verfügen schon über eine vernetzte Organisationsstruktur. Ob diese für die Versorgung nach dieser Richtlinie aufgestellt ist, muss die zuständige KV prüfen.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).			In der bereits bestehenden Netzstruktur einer BAG können die geforderten Versorgungselemente der Richtlinie schneller und leichter erbracht werden. Die BAG kann als bereits bestehende Einheit multiprofessionelle Versorgung anbieten. Die Festlegung der Präsenz einer nichtärztlichen koordinierenden Person erscheint folgerichtig.
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3	<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern		<u>Übernahme</u>	Es handelt sich um Regelungen zur vernetzten Versorgung im vertragsärztlichen Bereich – die Erzwingung der Kooperation mit einer Klinik ist hier nicht sinnvoll. Nach bestehender Richtlinie haben in vielen Regionen Deutschlands sich in Gründung befindende

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	<i>anzustreben; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.</i>			Netzverbünde kein Krankenhaus gefunden, welches zur Kooperation bereit war – damit war die zwingende Kooperation mit einem Krankenhaus ein ganz wesentlicher Verhinderungsgrund für die Netzwerkgründung. Grundsätzlich ist die sektorübergreifende Kooperation mit stationären und teilstationären Angeboten im Rahmen dieser Richtlinie erstrebenswert. Ggf lassen sich Anreize für den stationären Sektor schaffen, um sich in einem größeren Umfang an der Versorgung nach dieser Richtlinie zu beteiligen.
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7	<u>KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.	KBV	Übernahme	Aufgrund der bisherigen großen Zurückhaltung der Krankenhäuser bzw deren Träger gegenüber der Teilnahme an der Versorgung dieser Richtlinie muß grundsätzlich bezweifelt werden, ob dem in Gründung befindlichen Netzverbund im vertragsärztlich-vertragspsychotherapeutischen Bereich zugemutet werden muss, sich ernsthaft um eine Kooperation mit einem Krankenhaus zu bemühen – in der Anhörung schilderten die Netzverbünde von vielfachen

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Gesprächsbemühungen ohne Resonanz und zahllosen Anschreiben an Kliniken ohne Antwort bzw. ohne konkrete Zusage der Kooperation – das war häufig einen „Hinhalte-Taktik“. Das Anzeigen der Netzverbundgründung durch die gründenden Akteure an die in der Versorgungsregion befindlichen Krankenhäuser mit dem Angebot der Kooperation ist hier ein pragmatischerer Ansatz. Notfall und Krisenversorgung ist auch in Kliniken erforderlich, die nicht zu den kooperierenden Kliniken gehören – hier gilt das Prinzip der Versorgungsverpflichtung in einer Region.
§ 3 Absatz 6	<u>Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPtK</u>	allen	Übernahme	Dies ist folgerichtig
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6],	<u>Lockerung:</u> <u>Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung	allen	Übernahme	Die Erleichterung der Netzverbundgründung durch Wegfall der Vertragsbindungen ist zu begrüßen.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4	vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.			
§ 3 Absatz 11	<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den	allen	<u>Übernahme</u>	Auch hier handelt es sich um Vereinfachungen des Verfahrens.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Landeskrankenhausgesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.			
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).	<u>KBV/DKG</u>		Die Vorgabe, dies quartalsweise zu melden ist Überregulierung – bei Änderung der Versorgungsmöglichkeiten muss eine Anpassung in den Veröffentlichungsorganen vorgenommen werden – bisher war auch keine Frequenz der Meldung gefordert – Entbürokratisierung!
§ 4 Absatz 1	<u>Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.</u>	allen	<u>Übernahme</u>	Keine Einwände
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3	<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>	allen	<u>Übernahme</u>	Die Streichung der Festlegung der Bezugsarzt/-psychotherapeutenfunktion auf einen vollen Versorgungsauftrag wird begrüßt

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Die Festlegung auf die Erreichbarkeit der Versorgenden im Team ist zu begrüßen Die Erreichbarkeit ist durch eine Festlegung auf volle oder halbe Versorgungsaufträge nicht regelbar – deswegen ist die Fokussierung auf die Team-Erreichbarkeit praktikabler.
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]	<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugssarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugssarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugssarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung /	<u>GKV-SV/KBV</u>	<u>Übernahme</u>	Die Streichung der Festlegung der Bezugssarzt/-psychotherapeutenfunktion auf einen vollen Versorgungsauftrag wird unterstützt. Die Festlegung auf Erreichbarkeit der Versorgenden im Team wird unterstützt. Die Erreichbarkeit ist durch eine Festlegung auf volle oder halbe Versorgungsaufträge nicht regelbar – deswegen ist die Fokussierung auf die Team-Erreichbarkeit praktikabler

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.			
§ 4 Absatz 3 Nummer 2	Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugsarztes/- Psychotherapeuten.</u>	allen	Übernahme	Dies ist eine Kernaufgabe des Bezugsarztes/ -therapeuten
§ 6 Absatz 1 Nr. 2	<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG: sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV: zwei Wochen.	<u>KBV/Pat V</u>	<u>Übernahme</u>	Eine Frist für die Eingangssprechstunde innerhalb von 2 Wochen statt 7 Tagen ist ausreichend und praktikabel. Man kann davon ausgehen, dass die betreffende Person, die für die Versorgung nach dieser Richtlinie in Frage kommt, bereits im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung oder der nervenärztlich-psychiatrisch-psychotherapeutischen Regelversorgung versorgt wird. Aus dieser Versorgung heraus wird ja die Indikation für die Versorgung nach dieser Richtlinie gestellt.
§ 6 Absatz 1 Nummer 3	<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von	<u>KBV</u>	<u>Übernahme</u>	Die Differentialdiagnostische Abklärung muss individuell geplant werden. Dafür ist eine Frist von 4 Wochen grundsätzlich angemessen,

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	GKV-SV/DKG/PatV: sieben Werktagen (wie bisher), KBV: vier Wochen.			da ja die Eingangssprechstunde bereits zuvor erfolgt und damit eine Priorisierung von Interventionen schon möglich ist, insbesondere Akut- und Kriseninterventionen.
§ 6 Absatz 1 Nummer 5	<u>Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.</u>	Allen?	<u>Übernahme</u>	Diese Änderung wird unterstützt.
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6	<u>Telematikinfrastruktur:</u> Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.	allen	<u>Übernahme</u>	Diese Änderung wird unterstützt, weil damit die in der Regel-Versorgung vorgesehenen Kommunikationswege genutzt werden können. Mögliche Anpassungen im Behandlungskonzept können so leichter umgesetzt werden
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).	<u>KBV</u>	<u>Übernahme</u>	Die verbindliche Implementierung einer Fallkonferenz ist mit der Festlegung auf 1x/Quartal ausreichend geregelt. Verantwortlich dafür ist der Bezugsarzt/ -psychotherapeut, bei entsprechender Indikation kann dies selbstverständlich auch mehrfach erfolgen

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Die bilaterale Kommunikation von an der Versorgung eines Pateinten Beteiligten, die auch außerhalb von Fallkonferenz regelhaft erfolgen muss, kann über diese Kommunikationswege, wie oben beschrieben erfolgen. Die Einberufung einer Fallkonferenz sollte so oft wie nötig erfolgen. Eine überflüssige Ressourcenbindung sollte aber vermieden werden, deswegen ist die Festlegung auf 1x/Quartal wirtschaftlich, ausreichend und zweckmäßig.
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)	<u>KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote</u> Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.	<u>KBV</u>	<u>Übernahme</u>	Niedrigschwellige Gruppenangebote waren eines der positiv evaluierten Kernelemente des Innovationsfonds-Projektes NPPV der KV Nordrhein. Es handelt sich hier nicht um eine richtlinien-gruppenpsychotherapeutische Behandlung. Diese ist in der Regel mit hohen Anforderungen an die Teilnahme gebunden – Patienten mit schwerer psychischer Beeinträchtigung sind meist nicht in der Lage, von dieser Intervention zu profitieren oder sie erfüllen nicht die Eingangsvoraussetzungen (zeitliche Zuverlässigkeit, Einhalten der

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Kommunikationsregeln, erforderliche mnestiche Kompetenzen). Gruppentherapeutische Angebote zur Psychoedukation oder zum Skills-Training können flexibler gestaltet werden als Richtlinien-Gruppenpsychotherapie. Diese offene Gruppenstruktur ist zudem besser zu implementieren. Gerade für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind niedrigschwellige und offene Gruppenangebote eine gute Möglichkeit, Teilhabe-Fähigkeiten wieder zu entwickeln.
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)	<u>PatV: Lockerung Qualitätsvorgaben</u> Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. <u>GKV-SV/KBV/DKG: Beibehaltung der bisherigen Vorgaben, dass Qualitätsmanagementverfah-</u>	<u>PatV</u>	<u>Ablehnung</u>	Qualitätssicherung ist bedeutend in der Patientenversorgung und von besonderer Bedeutung, wenn im vertragsärztlichen Bereich realisiert werden soll durch verschiedene Berufsgruppen – die bestehenden Regelungen der KSVPsych-RL sollten also beibehalten werden

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	ren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.			
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3	<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender	<u>KBV</u>	<u>Übernahme</u>	Die Differentialdiagnostik sollte unbedingt fachärztlich UND psychotherapeutisch erfolgen, um alle Aspekte der Versorgung prüfen und diese bei Bedarf einleiten zu können. Wenn die Eingangssprechstunde und der Erstkontakt durch einen ausschließlich psychotherapeutisch Tätigen (Arzt oder Psychotherapeuten) erfolgt, muss eine medizinisch-psychiatrische bzw. -psychosomatische Diagnostik ergänzend erfolgen, um psychopharmakologische oder andere biologische Interventionen sowie das Erfordernis weiterer somatischer Diagnostik oder Interventionen zu prüfen und in die Wege zu leiten. Das Ergebnis muss im Gesamtbehandlungsplan festgeschrieben werden, auf den

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.			jeder an der individuellen Patientenversorgung Beteiligte Zugriff hat.
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]	GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in	GKV-SV	Ablehnung	Die Prüfung der Einbeziehung eines Psychotherapeuten bei vorwiegend psychiatrischer Behandlung kann im Rahmen der Differenzialdiagnostik erfolgen. Allerdings ist nicht immer

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.			zwingend die psychotherapeutische Mitbehandlung nötig oder möglich. Mitunter sind schwer psychisch Kranke nicht in der Lage, eine richtlinien-psychotherapeutische Behandlung wahrzunehmen – ggf. ist erst nach einer Stabilisierungsphase diese möglich
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1	Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.	allen	Zustimmung	
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]	GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.	GKV-SV	Ablehnung	Der Beginn und das Ende der Behandlung nach KSVPsych-RL muss in geeigneter Weise angezeigt werden – ansonsten sollte aber hinsichtlich der Entbürokratisierung auf Überregulierungen verzichtet werden
§ 9 Absatz 1	Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird	allen	Zustimmung	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).			
§ 11 Absatz 1	Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ wird gestrichen	allen	Zustimmung	
§ 11 Absatz 6	Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.	allen	Zustimmung	

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie Ihre Stellungnahme zur Synopse der Beschlussvorhaben zur KSVPsych-RL in die folgende Tabelle ein.

Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE)
17.04.2025

Für allgemeine Anmerkungen steht Ihnen die folgende Tabellenzeile zur Verfügung.

Allgemeine Anmerkungen
➤ Gesamtbehandlungsplan: Der Gesamtbehandlungsplan ist wesentlicher Bestandteil und Steuerungsinstrument in der KSVPsych-RL. Die Beteiligung der Leistungserbringer (§3 Satz 3, 2-4) daran bleibt vage. Diese fehlende Verbindlichkeit stellt einen erheblichen Mangel der Richtlinie dar. Nicht nur bleiben so wesentliche Inhalte unberücksichtigt, auch die Koordination ist nicht sichergestellt. ➤ Fallkonferenzen: Hier gilt das gleiche wie für den Gesamtbehandlungsplan und mit noch größerer Dringlichkeit. Die rein optionale Beteiligung der Leistungserbringer (§3 Satz 3, 2-4) widerspricht dem Gedanken eines strukturierten, koordinierten und zielorientierten Vorgehens. Hier ist dringend eine Konkretisierung notwendig. ➤ Finanzierung des im Zusammenhang der KSVPsych-RL entstehenden Leistungen außerhalb der direkten Intervention (z. B. die Teilnahme an Fallkonferenzen, Dokumentation) für Leistungserbringer (§3 Satz 3, 2-4) erfolgt in der praktischen Umsetzung nicht oder nur teilweise. Ohne eine entsprechende Vereinbarung verstärkt sich die Problematik (s. a. §3 Abs 11).

Bitte wählen Sie aus, zu welchen Änderungen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten und fügen Sie diese unter „Stellungnahme“ und „Begründung“ ein. Bitte geben Sie ggf. auch an, auf welche Position (GKV-SV, KBV, DKG, PatV, alle) sich Ihre Stellungnahme bezieht.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 11	<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.	allen	Wir begrüßen diese Anpassung zur Verbesserung der Auffindbarkeit und zur Bereitstellung strukturierter inhaltlicher Information in einheitlicher Weise in den Bundesländern.	Steigerung der Bekanntheit des Netzwerkangebots, Zugang erleichtern für Patient:innen und Leistungsanbieter:innen bzw. vermittelnden Leistungsanbieter:innen
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u>		Ebenso halten wir eine verlässliche Vorgabe zur Aktualisierung für sinnvoll.	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).			
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6	<u>Telematikinfrastruktur:</u> Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.	allen	Die Nutzung der Telematikinfrastruktur unterstützen wir als zeitgemäßes Verfahren.	
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).		Wir unterstützen die Beibehaltung der Frequenz (mind. 2x/Quartal)	Die Fallbesprechungen sind wesentlicher Mehrwert der Komplexleistung und insbesondere unter dem Selbstverständnis partizipativer Gesatlung des Behandlungsprozesses elementar.
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1	Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt;	allen	Diese Ergänzung unterstützen wir und halten wir für dringend notwendig. Zudem schlagen wir eine Erweiterung vor:	Die SGB-übergreifende Betrachtung und Koordination ist notwendig, um Fehl- oder Doppelmaßnahmen zu

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.		... werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren. Der Austausch mit diesen Anbietern ist sicherzustellen.	vermeiden, um langfristige Ziele und Perspektiven zu berücksichtigen sowie um bestehende Ressourcen zu integrieren.

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie Ihre Stellungnahme zur Synopse der Beschlussvorhaben zur KSVPsych-RL in die folgende Tabelle ein.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
17.04.2025

Für allgemeine Anmerkungen steht Ihnen die folgende Tabellenzeile zur Verfügung.

Allgemeine Anmerkungen

Bitte wählen Sie aus, zu welchen Änderungen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten und fügen Sie diese unter „Stellungnahme“ und „Begründung“ ein. Bitte geben Sie ggf. auch an, auf welche Position (GKV-SV, KBV, DKG, PatV, alle) sich Ihre Stellungnahme bezieht.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 2 Absatz 2	<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM	KBV/DKG	Die DGPPN unterstützt die Änderungsvorschläge von KBV/DKG.	Der Einbezug von Menschen mit organisch bedingten psychischen Erkrankungen ist sehr zu begrüßen, da die Richtlinie auf die Versorgung von schwer psychisch Kranken abzielt. Für diese Patientengruppe mit häufig sehr komplexen psychiatrischen

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Behandlungsbedarf und hoher somatischer Komorbidität ist eine koordinierte und strukturierte Versorgung von großer Bedeutung.
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2 § 3 Absatz 2 Satz 6 ff § 3 Absatz 9 Satz 7	<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzverbund ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.	GKV-SV/KBV/DKG	Die DGPPN unterstützt die Änderungsvorschläge von GKV-SV/KBV. Dem Änderungsvorschlag der DKG stimmt die DGPPN nicht zu.	Begrüßenswert ist die Ermöglichung der vernetzten Versorgung durch Einbeziehung einer bereits qua Institution im Vertragsarztbereich definierten Vernetzung – BAG und als besondere Form das MVZ – damit können bereits synergetisch wirksame Versorgungselemente noch breiter nutzbar gemacht werden. Der Einbezug Ermächtigter erscheint nicht erforderlich. Prioritär im Zulassungsverfahren sind Zulassungen zur vertragsärztlichen Versorgung zu behandeln.
§ 3 Absatz 2 Satz 1	<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte)			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug			
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3) Nummer 4	<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	allen	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von allen an.	Die Einfügung des Begriffes der „FachpsychotherapeutInnen“ infolge des Psychotherapeutengesetzes ist folgerichtig.
§ 3 Absatz 2 Satz 3	<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzwerk</u> Der Netzwerk umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] (PatV fünf) Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.	GKV/KBV /DKG	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von GKV/KBV/DKG an.	Die Reduzierung der Anforderungen zur Gesamtzahl der in einem Netzwerk tätigen ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen ist zu begrüßen.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)	<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.	GKV-SV	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von GKV-SV an.	Komplexe Regelungen zu vollen und halben Versorgungsaufträgen sichern nicht zwingend die Erreichbarkeit der Versorgung im Rahmen der Sprechstundenzeiten zu, die nach BMV-Ä geregelt sind. Deswegen sollten Regelungen formuliert werden, die die Erreichbarkeit der Versorgung aus Sicht des Patienten schwellenarm möglich macht, unabhängig von Einzel-Festlegungen zu den Versorgungsaufträgen für Ärzte und Psychotherapeuten. Hier sollte die Erreichbarkeit des Teams in den Vordergrund gestellt werden, schließlich handelt es sich um eine vernetzte Versorgung und ausdrücklich nicht um eine Versorgung durch einen einzelnen Akteur im Versorgungsnetz.
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]	<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben	GKV-SV	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von GKV-SV an.	Die DGPPN folgt der Position der GKV-SV. Eine Ausnahme davon ist gegeben, wenn ein MVZ eines von mehreren Mitgliedern im Netzverbund ist und mindestens

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).			ein weiteres Mitglied einen vollen Versorgungsauftrag hat.
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3	<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern	allen	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von allen an.	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	<i>anzustreben; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.</i>			
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7	<u>KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.	KBV	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen der KBV an.	Hier muss überlegt werden, ob dem in Gründung befindlichen Netzverbund im vertragsärztlich-vertragspsychotherapeutischen Bereich zugemutet werden muss, sich ernsthaft um eine Kooperation mit einem Krankenhaus zu bemühen – in der Anhörung schilderten die Netzverbünde von vielfachen Gesprächsbemühungen ohne Resonanz und zahllosen Anschreiben an Kliniken ohne Antwort bzw. ohne konkrete Zusage der Kooperation – das war häufig einen „Hinhalte-Taktik“ Das Anzeigen der Netzverbundgründung durch die vertragsärztlich7 - psychotherapeutischen Akteure an die in der Versorgungsregion befindlichen Krankenhäuser mit

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				dem Angebot der Kooperation ist hier ein pragmatischerer Ansatz. Notfall und Krisenversorgung ist auch in Kliniken erforderlich, die nicht zu den kooperierenden Kliniken gehören – hier gilt das Prinzip der Versorgungsverpflichtung in einer Region.
§ 3 Absatz 6	<u>Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPtK</u>	allen	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von allen an.	
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6] , § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4	<u>Lockerung:</u> <u>Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen	allen	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von allen an.	Die Erleichterung des Nachweises der Vernetzungsvoraussetzungen ist zu begrüßen! Damit wird ein starker Hinderungsgrund der ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen zur verbindlichen Vernetzung ausgeräumt

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.			
§ 3 Absatz 11	<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.	allen	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von allen an.	Auch hier handelt es sich um Vereinfachungen des Verfahrens und dem sollte man zustimmen. Die Vorgabe, dies quartalsweise zu melden ist Überregulierung – bei Änderung der Versorgungsmöglichkeiten muss eine Anpassung in den Veröffentlichungsorganen vorgenommen werden – bisher war auch keine Frequenz der Meldung gefordert – Entbürokratisierung!

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde</u> ; Zeitangabe: GKV-SV/PatV : Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG : Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).			
§ 4 Absatz 1	<u>Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“</u> durch den genderneutralen Begriff <u>„Ansprechperson“</u> .	allen	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von allen an.	
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3	<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>	allen	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von allen an.	Streichung der Festlegung der Bezugsarzt/-psychotherapeutenfunktion auf einen vollen Versorgungsauftrag wird begrüßt Festlegung auf Erreichbarkeit der Versorgenden im Team ist zu begrüßen Erreichbarkeit ist durch Festlegung auf volle oder halbe Versorgungsaufträge nicht regelbar – deswegen Team-Erreichbarkeit praktikabler

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]	<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.	GKV-SV/KBV	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen GKV-SV/KBV an.	
§ 4 Absatz 3 Nummer 2	Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten.</u>	allen	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von allen an.	Dem sollte zugestimmt werden – das ist Kernaufgabe des Bezugsarztes/ -therapeuten

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 6 Absatz 1 Nr. 2	<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG : sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV : zwei Wochen.	GKV-SV/DKG	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von GKV-SV/DKG an.	Für die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen ist eine schnelle Versorgung erforderlich.
§ 6 Absatz 1 Nummer 3	<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV : sieben Werktagen (wie bisher), KBV : vier Wochen.	GKV-SV/DKG/ PatV	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von GKV-SV/DKG/PatV an.	Für die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen ist eine schnelle Versorgung erforderlich.
§ 6 Absatz 1 Nummer 5	<u>Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.</u>		Die DGPPN schließt sich dem an.	Änderung ist zu begrüßen
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6	<u>Telematikinfrastruktur:</u> Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.	allen	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von allen an.	Diese Änderung ist zu begrüßen, weil damit flexibel die jeweils neuen und in der Versorgung praktikablen Kommunikationswege genutzt werden können – Anpassungen können schwellenarm umgesetzt werden
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u>	KBV	Die DGPPN unterstützt den Änderungsvorschlag der KBV.	Flexibilität und Erfordernis der verbindlichen Implementierung

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).			einer Fallkonferenz ist mit der Festlegung auf 1x/Quartal ausreichend berücksichtigt – verantwortlich dafür ist der Bezugsarzt⁷ -psychotherapeut – bei entsprechender Notwendigkeit kann dies mehrfach erfolgen Im Sinne der Arbeitseffektivität zur Bewältigung der Gesamtversorgung sollte die Einberufung einer Fallkonferenz so oft wie nötig erfolgen – eine überflüssige Ressourcenbindung, wenn es eben nicht unbedingt als Fallkonferenz erforderlich ist, sollte aber vermieden werden – deswegen 1x/Quartal ausreichend
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)	<u>KBV:</u> <u>Niedrigschwellige Gruppenangebote</u> Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.	<u>KBV</u>	<u>KBV</u>	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)	PatV: Lockerung <u>Qualitätsvorgaben</u> Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. GKV-SV/KBV/DKG: <u>Beibehaltung der bisherigen Vorgaben</u>, dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.	GKV-SV/KBV/DKG	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von GKV-SV/KBV/DKG.	
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3	<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; Bezugsarzt bei	GKV-SV/DKG	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von der GKV-SV/DKG an.	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten.			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.			
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]	GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.	GKV-SV	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von der GKV-SV nicht an.	Die Einbindung eines Psychotherapeuten ist dann erforderlich, sofern eine entsprechende Indikation vorliegt.
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1	Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.	allen	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von allen an.	
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]	GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der	GKV-SV	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von der GKV-SV an.	Der Beginn und das Ende der Behandlung nach KSVPsych-RL muss in geeigneter Weise

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.			angezeigt werden – ansonsten sollte aber hinsichtlich der Entbürokratisierung auf Überregulierungen verzichtet werden
§ 9 Absatz 1	Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).	allen	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von allen an.	
§ 11 Absatz 1	Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ wird gestrichen	allen	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von allen an.	
§ 11 Absatz 6	Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß	allen	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von allen an.	

25.03.2025

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	§ 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.			

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie Ihre Stellungnahme zur Synopse der Beschlussvorhaben zur KSVPsych-RL in die folgende Tabelle ein.

Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten bvvp e.V.
20.04.2025

Für allgemeine Anmerkungen steht Ihnen die folgende Tabellenzeile zur Verfügung.

Allgemeine Anmerkungen
Die Befragung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der beratenden Fachausschüsse im Jahr 2023, an denen neben den zuständigen KV-Mitarbeiter*innen auch zahlreiche berufspolitisch aktive Psychotherapeut*innen teilgenommen haben, die sich mit der Richtlinie eingehend beschäftigt haben und gleichzeitig die Versorgung vor Ort bestens kennen, hat wertvolle und für eine erste Evaluation hilfreiche Ergebnisse erbracht, auf die sich im Folgenden immer wieder bezogen wird. Angemerkt sei - wohlwissend, dass dies nicht die Zuständigkeit des G-BA ist - dass ohne eine Anpassung der Vergütung, die es auch den psychotherapeutischen Praxen mit geringer Fallzahl ermöglicht, den hohen Aufwand der Versorgung nach der Richtlinie wirtschaftlich zu erbringen, die flächendeckende Einführung trotz struktureller Verbesserungen weiterhin schwierig sein wird. Dies zeigte sich auch in der Evaluation: „Zur finanziellen Attraktivität der Teilnahme an der Versorgung nach der KSVPsych-RL gaben die Befragten an, dass sowohl insgesamt (rund 85% oft oder immer) als auch in Bezug auf die fehlende Möglichkeit eine Bezugsfunktion übernehmen zu können (rund 65 % oft oder immer), die Teilnahme an der Versorgung in einem Netzverbund als finanziell nicht attraktiv eingeschätzt wird

Bitte wählen Sie aus, zu welchen Änderungen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten und fügen Sie diese unter „Stellungnahme“ und „Begründung“ ein. Bitte geben Sie ggf. auch an, auf welche Position (GKV-SV, KBV, DKG, PatV, alle) sich Ihre Stellungnahme bezieht.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 2 Absatz 2	<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM	KBV und DKG	Der Aufnahme von Kapitel F00 kann aus Sicht des bvpv unter Umständen zugestimmt werden.	Patienten aus Kapitel F00 sind kein klassisches Klientel in psychotherapeutischen Praxen. Es könnte deshalb sachgerechter sein, eine eigene Richtlinie für diese Patientengruppe zu entwickeln. Falls die Aufnahme stattfindet, müssen zwingend die neuropsychologisch tätigen Psychotherapeut*innen berücksichtigt werden.
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2 § 3 Absatz 2 Satz 6 ff § 3 Absatz 9 Satz 7	<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzverbund ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.	KBV	sachgerecht	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 2 Satz 1	<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug	KBV	Bei sachgerechter Ausgestaltung kann der Einbezug befürwortet werden.	Die Zulassungsverordnung definiert einen neuen Ermächtigungstatbestand, der speziell für die Behandlung vulnerabler Gruppen und in Kooperation mit einer entsprechenden Einrichtung zum Tragen kommen soll. Dies könnten somit Psychotherapeut*innen sein, die für die Teilnahme an der KSVPsych-RL prädestiniert wären und die man unbedingt nutzen sollte.
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3) Nummer 4	<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	allen		
§ 3 Absatz 2 Satz 3	<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10	KBV	Die Reduktion ist angesichts der bisherigen Probleme, Netze zu gründen, sachgerecht.	<i>Aus der Evaluation: Über die Hälfte der Befragten (57 %) gab an, dass sie oft oder immer die Rückmeldung erhalten, es seien nicht ausreichend Fachärzt*innen in der Region vorhanden, um</i>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	[GKV/KBV/DKG: sechs] (PatV fünf] Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.			<i>einen Netzverbund entsprechend der Vorgaben der KSVPsych-Richtlinie bilden zu können. Rund 54 % der Befragten antworteten, dass potenziell Teilnehmende oft oder immer berichten, dass nicht ausreichend Psychotherapeut*innen in der Region bereit waren am Netzverbund teilzunehmen. Das spricht für sich.</i>
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2] : Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)	<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben	KBV	Dem kann notfalls zugestimmt werden, noch besser wäre gar keine Forderung von vollen Versorgungsaufträgen.	Der Umfang des Versorgungsauftrags sagt nichts über die Erreichbarkeit und nur bedingt etwas über den Leistungsumfang aus. Auch der Grad der Vernetzung einer Praxis, die Ausstattung mit Praxispersonal, die Mitgliedschaft in einer Praxengemeinschaft, Kooperationen usw. werden dadurch nicht definiert. Diese Aspekte sind aber viel wichtiger für eine Teilnahme und das Erfüllen der Anforderungen der Richtlinie.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.			
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]	<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	eine nichtärztliche koordinierende Person).			
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3	<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.	allen	Zustimmung, da sachgerecht.	<i>Aus der Evaluation: Fast die Hälfte der Befragten (48 %) berichtete, dass sie oft oder immer die Rückmeldung erhalten habe, dass nicht ausreichend Krankenhäuser mit einer regionalen psychiatrischen Pflichtversorgung bereit waren, im Rahmen eines formalen Kooperationsvertrages, am Netzverbund teilzunehmen. Man darf dies also nicht zur Bedingung machen.</i>
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7	<u>KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und	KBV	Sachgerecht	Das Bemühen sollte stattgefunden haben. Die Dokumentation der Weigerung der Kliniken ist wichtig für weitere Evaluationen. Auch wenn die Klinik nicht kooperiert, muss man den adressierte Patient*innen eine Versorgung obbei Krisen sichergestellt werden. Hilfreich könnte eine Vorlage für ein etnsprechendes Konzept sein.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.			
§ 3 Absatz 6	<u>Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPtK</u>	allen		
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6], § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperations ~~vertrags-~~ partner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperations ~~vertrags-~~ partner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4	<u>Lockerung:</u> <u>Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.	allen	Bedingte Zustimmung, denn die Formulierung lässt viel Interpretationsraum offen. Netzverbund ohne Vertrag: was bedeutet das genau? Eine Lockerung des hohen bürokratischen Aufwands ist dringend notwendig. Die wichtige Haftungsfrage bleibt ungeklärt.	<i>Aus der Evaluation: Rund 94% der Befragten geben an, dass sie oft oder immer die Rückmeldung erhalten, die Gründung eines Netzverbunds werde als zu kompliziert eingeschätzt (s. Abb. 14, Frage 4). Darüber hinaus geben rund 92 % der Befragten an, dass die potenziell Teilnehmenden oft oder immer einen hohen formalen bürokratischen Aufwand mit einem Beitritt verbinden. Rund 79 % der Befragten gaben an, dass sie oft oder immer Rückmeldungen von potenziell Teilnehmenden bekommen haben, dass Sorgen hinsichtlich Risiken (z.B. Haftungsrisiken, Bürokratie) für die eigene Praxis bestehen.</i>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Es ist sicherlich entlastend, wenn keine umfangreichen Verträge mehr aufgesetzt werden müssen und die KVen auch nicht mehr prüfen müssen. Die entscheidende Frage nach der rechtlichen Haftung ist aber weiterhin nicht geklärt. So könnte jeder Art der ärztlich-psychotherapeutischen Zusammenarbeit eine GbR mit gegenseitiger Haftung bedeuten, auch ohne expliziten Vertrag. Es wäre sehr hilfreich, wenn hierzu eine Klarstellung durch den G-BA erfolgen könnte.
§ 3 Absatz 11	<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser).	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den Landeskrankengesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Informationen an die Ärztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.			
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbände; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbände <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).	<u>KBV</u>	Sachgerecht	Jeder weitere bürokratische Aufwand, der nicht zwingend notwendig ist, muss vermieden werden.
§ 4 Absatz 1	<u>Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.</u>	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3	<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>	allen		
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]	<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.	KBV	Sachgerecht	<i>Aus der Evaluation: Etwa zwei Drittel der Befragten (68 %) gaben anhand der erhaltenen Rückmeldungen an, dass die potenziell Teilnehmenden ohne vollen Versorgungsauftrag eine Versorgung im Netzverbund nur dann als interessant einschätzen, wenn Ihnen eine bezugsärztliche oder bezugstherapeutische Tätigkeit möglich wäre.</i> Der Umfang des Versorgungsauftrags sagt nur bedingt etwas aus über Leistungsumfang und nichts über Erreichbarkeit, Praxispersonal, Vernetzung... Dies sind aber die wichtigen Aspekte für die grundsätzliche Teilnahme an der Richtlinie und im Speziellen auch für die Funktion als Bezugsbehandelnder. (Siehe auch § 3 Absatz 2 Satz 4)

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 4 Absatz 3 Nummer 2	Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugsarztes/- Psychotherapeuten.</u>	allen		
§ 6 Absatz 1 Nr. 2	<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG : sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV : zwei Wochen.	KBV	Bedingte Zustimmung, denn ein Zeitrahmen von vier Wochen würde immer noch ausreichen.	<i>Aus der Evaluation: In der Umfrage wurden auch die in der KSVPsych-RL vorgegebenen Fristen für die Versorgung als mögliche Hindernisse thematisiert: Zum einen besteht die Pflicht nach einer Überweisung oder Empfehlung zeitnah eine Eingangssprechstunde anzubieten (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen), zum anderen soll die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde erfolgen (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen nach Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 2), vgl. § 6 Absatz 1 Nummern 2 und 3 der KSVPsych-RL. Auf Basis der Rückmeldungen gaben die Befragten zur Wahrung</i>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				der Fristen an, dass diese häufig - immer und oft - als nicht realisierbar eingeschätzt werden: für die Eingangssprechstunde zu 61 %, für die differential-diagnostischen Abklärung zu 73 % Bei der adressierten Patientengruppe handelt es sich nicht um Not- oder Akutfälle, sondern es werden in aller Regel Menschen sein, bei denen die Erkrankung schon lange besteht, teils mit hoher Chronifizierung. Eine Wartezeit von 4 Wochen, insbesondere mit der ja dann schon vorhandenen Terminierung und damit haltgebenden Aussicht auf Versorgung, ist sachgerecht. Diese Frist entspricht außerdem der der TSS für die Vermittlung von Psychotherapeutischen Sprechstunden, man würde also innerhalb der bestehenden Systematik bleiben, was es weniger kompliziert macht
§ 6 Absatz 1 Nummer 3	<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u>			<i>Evaluation: Siehe Frist für Eingangssprechstunde.</i>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV : sieben Werktagen (wie bisher), KBV : vier Wochen.			Letztlich gilt dasselbe wie bei der Frust für die Eingangssprechstunde. Die Patient*innen werden schon durch die Aussicht auf die weitere Abklärung entlastet, und den Praxen wird Druck genommen.
§ 6 Absatz 1 Nummer 5	<u>Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.</u>			
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6	<u>Telematikinfrastruktur</u> : Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.	allen		
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV : Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV : Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).	KBV	sachgerecht	Ein sorgsamer Umgang mit den begrenzten Ressourcen und eine fachlich begründete Versorgung bedeuten, dass Maßnahmen bedarfsgerecht indiziert und durchgeführt werden und nicht nach einer von Außen auferlegten Verpflichtung.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)	<u>KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote</u> Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.	KBV	Sachgerecht und wichtig.	Niederschwellige Gruppenangebote wären ein extrem geeignetes Mittel, um für viele Patient*innen und deren Angehörigen schnelle, ressourcenschonende und fachlich fundierte Angebote machen zu können. Bereits im NPPV-Vertrag hat sich gezeigt, dass dies das bestgenutzte Versorgungselement war. Zu überlegen ist, ob dies auch Behandelnden ohne Gruppenzulassung ermöglicht werden kann, wenn es sich um rein psychoedukative Gruppen handelt.
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)	<u>PatV: Lockerung Qualitätsvorgaben</u> Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen.	<u>PatV</u>		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	GKV-SV/KBV/DKG: <u>Beibehaltung der bisherigen Vorgaben</u>, dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.			
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3	<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <u>Bezugsarzt</u> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren	KBV	Die Kooperation zwischen Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen <u>in beide Richtungen</u> ist Kern der Richtlinie und auch sachgerecht. Eine stärkere Verpflichtung der wechselseitigen Abstimmung beim Gesamtbehandlungsplan zwischen den Fachgruppen kann ergänzt werden.	<i>Aus der Evaluation geht hervor, dass ein erheblicher Teil der Psychotherapeut*innen nur dann ein Interesse an der Teilnahme haben, wenn sie die Rolle des Bezugsbehandelnden einnehmen können.</i> Kern der Richtlinie ist eine kooperative Versorgung auf Augenhöhe zwischen Psychotherapeut*innen und P-Facharzt*innen. Das bedeutet, dass je nach individuellem Bedarf und individueller Indikation Maßnahmen in den Behandlungsplan aufgenommen und durchgeführt werden. Dies

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.			kann auch beinhalten, dass weitere Abstimmungen und eine besonders enge Kooperation bei bestimmten Inhalten, wie der Medikation notwendig ist. Dies könnte als Verpflichtung der wechselseitigen Abstimmung bei den Inhalten des Behandlungsplans ergänzt werden. Eine obligate differentialdiagnostische Abklärung samt erstem Entwurf für den Behandlungsplan allein durch P-Fachärztinnen ist genausowenig sachgerecht wie der Ausschluss der Psychotherapeut*innen von der Rolle des Bezugsbehandelnden bei bestimmten Störungskonstellationen. Psychotherapeut*innen haben eine fundierte Ausbildung, die die Fähigkeit der differentialdiagnostischen Abklärung genauso zum Inhalt hat wie die Indikation, ob Fachärzt*innen aus dem P-

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Bereich einbezogen werden müssen. Eine obligate doppelte Diagnostik und nochmalige Überprüfung der Indikationsstellung durch Fachärzt*innen ist deshalb nicht nur nicht sachgerecht und die ausreichende Qualifikation absprechend, sondern stellt ein Nadelöhr dar, beeinträchtigt somit den Versorgungsprozess und vergeudet Ressourcen. Die Patient*innen sollen entscheiden können, wen sie sich als Bezugsbehandelnden wünschen, weil sie dort das meiste Vertrauen und die engste Anbindung erleben. Diese freie Wahl darf nicht eingeschränkt werden, zumal die bislang ausgeschlossenen Konstellationen (somatische Komorbidität oder intensive medikamentöse Abstimmung) eine Großteil der anvisierten Patient*innen betrifft.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]	GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.	GKV-SV		
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1	Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.	allen		
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]	GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.	GKV-SV		
§ 9 Absatz 1	Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).			
§ 11 Absatz 1	Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ wird gestrichen	allen		
§ 11 Absatz 6	Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.	allen		

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie Ihre Stellungnahme zur Synopse der Beschlussvorhaben zur KSVPsych-RL in die folgende Tabelle ein.

Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.
22.04.2025

Für allgemeine Anmerkungen steht Ihnen die folgende Tabellenzeile zur Verfügung.

Allgemeine Anmerkungen
Gemäß Beschluss des Innovationsausschusses vom 11.04.2025 könnte eine weitere Revision der Richtlinie erforderlich werden. Da der Dachverband Gemeindepsychiatrie das GBV-Projekt erfolgreich geleitet hat, stehen wir ggf. mit Informationen zur Durchführung des Projekts zur Verfügung. Die nachfolgenden Stellungnahmen beziehen sich darauf aber nicht, sondern ausschließlich auf die angefragten Änderungen der Richtlinie. Die Einbeziehung von Leistungserbringern außerhalb des SGB V sowie außerhalb der Teilnehmenden des Netzverbundes erscheint uns weiterhin ungenügend verbindlich, ebenso die Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrecht des/der Patient:in. Wir verweisen dazu auf unsere Stellungnahme zur Erstfassung dieser Richtlinie.

Bitte wählen Sie aus, zu welchen Änderungen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten und fügen Sie diese unter „Stellungnahme“ und „Begründung“ ein. Bitte geben Sie ggf. auch an, auf welche Position (GKV-SV, KBV, DKG, PatV, alle) sich Ihre Stellungnahme bezieht.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 2 Absatz 2	<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM	KBV/DKG	Wir halten eine Ausweitung auf die hirnorganischen Erkrankungen für sinnvoll.	Die durch die Richtlinie ermöglichten Vernetzungen aller Behandlungsarten sind auch zur Versorgung dieser Personengruppe geeignet.
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2 § 3 Absatz 2 Satz 6 ff § 3 Absatz 9 Satz 7	<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzverbund ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.	DKG	Wir befürworten eine niedrige Mindestzahl von Ärzt:innen bzw. Psychotherapeut:innen, auch ermächtigte Leistungserbringer sollten Verbundpartner sein können.	Aus gemeindepsychiatrischer Sicht ist es vordringlich erforderlich, die Bildung von Netzverbünden zu ermöglichen, deren Versorgungsgebiet mit den Verbundstrukturen anderer Hilfeformen übereinstimmt, also z. B. Gemeindepsychiatrischen Verbünden. Dies sind in der Regel einzelne Städte oder Kreise, in Großstädten auch Stadtbezirke. Insbesondere in ländlichen Regionen ist dieses Ziel ggf. nur mit einer sehr kleinen Mindestzahl von Ärzt:innen und/oder Psychotherapeut:innen erreichbar.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 2 Satz 1	<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug	DKG/PatV	Die mit der Änderung der Ärzte-Zulassungsverordnung zu ermächtigenden Leistungserbringer sollten einbezogen werden.	Sie widmen sich ja gerade der durch die Richtlinie zu versorgenden Personengruppe.
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3) Nummer 4	<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	allen	befürwortet	Umsetzung der Gesetzesnovelle
§ 3 Absatz 2 Satz 3	<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] (PatV fünf) Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier	PatV	Auch die Zahl von fünf Partner:innen dürfte in vielen ländlichen Regionen noch zu unzureichend großräumigen Netzverbünden führen.	s. o. zu § 3 Abs. 2 Satz 1

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.			
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)	<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.	DKG/Pat V	Zustimmung, mit folgender Anregung zur Formulierung: ... und ein Psychotherapeut <i>mindestens</i> über einen halben Versorgungsauftrag (um nicht Regionen auszuschließen, in denen nur ein einziger PT mit einem ganzen Versorgungsauftrag niedergelassen ist)	Die bisherige und von einigen Bänken weiterhin gewünschte Beschränkung auf volle Versorgungsaufträge wird der Realität der psychotherapeutischen Versorgung nicht gerecht. Siehe im übrigen die Begründung zu § 3 Abs. 2 Satz 1

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]	<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).	GKV-SV	Eine abweichende Anforderung für MVZ und BAG erscheint uns nicht erforderlich. Allerdings sollten die Anforderungen ohnehin so weit wie möglich gesenkt werden, s. o. Außerdem schlagen wir eine Änderung in § 5 Abs. 1 vor: 1Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 10 <i>kann</i> durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2 <i>erfolgen</i> . 2Die Koordinationsaufgaben werden <i>dazu</i> entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen.	Eine zusätzliche Anforderung bzgl. der nichtärztlichen koordinierenden Person halten wir für unzweckmäßig, da es in der Praxis häufig vorkommt, dass Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen die Koordination selbst durchführen, bspw. auch in kleinen Institutsambulanzen. Insbesondere niedergelassene Psychotherapeut:innen wären sonst unnötigerweise durch die Richtlinie gezwungen, eine solche Person anzustellen, um an der Versorgung durch die KSVPsych-RL teilnehmen zu können.
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3	<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert:	allen	Wir begrüßen die Änderung.	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.			
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7	<u>KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.	KBV	Wir begrüßen die vorgeschlagene Ausnahmeregel.	Die Kooperation mit einem Krankenhaus mit Versorgungsverpflichtung ist zwar zweckmäßig, aber Netzverbünde sollten mit ihrer ambulanten Versorgung nicht an deren Fehlen scheitern.
§ 3 Absatz 6	<u>Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPtK</u>	allen	Die Anpassung wird begrüßt.	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6] , § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4	<u>Lockerung:</u> <u>Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.	allen	Die Lockerung wird begrüßt.	Erfahrungen mit Gemeindepsychiatrischen Verbünden zeigen, dass eine qualitativ hochwertige Verbundversorgung auch ohne formelle Verträge mit ihren weitreichenden juristischen Implikationen möglich ist.
§ 3 Absatz 11	<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und	allen	Keine Stellungnahme	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.			
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).		Keine Stellungnahme	
§ 4 Absatz 1	<u>Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.</u>	allen	Keine Stellungnahme	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3	<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugssarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>	allen	Zustimmung	
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]	<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugssarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugssarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugssarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.	DKG/PatV	Die Regelung im Vorschlag der GKV-SV und der KBV wird abgelehnt.	Die Erreichbarkeit des Netzverbundes wird in § 6 Abs. 1 Zi. 8 geregelt. Die interne Kommunikation sollten die Netzverbünde nach ihren lokalen Gegebenheiten selbst regeln können.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 4 Absatz 3 Nummer 2	Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugsarztes/- Psychotherapeuten.</u>	allen	Zustimmung	Notwendige Ergänzung
§ 6 Absatz 1 Nr. 2	<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG: sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV: zwei Wochen.	GKV-SV/DKG	Beibehaltung der bisherigen Fristen	Kurzfristige, leichte Erreichbarkeit ist für die Zielgruppe von großer Bedeutung.
§ 6 Absatz 1 Nummer 3	<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV: sieben Werktagen (wie bisher), KBV: vier Wochen.	GKV-SV/DKG/ PatV	Beibehaltung der bisherigen Fristen	Kurzfristige, leichte Erreichbarkeit ist für die Zielgruppe von großer Bedeutung.
§ 6 Absatz 1 Nummer 5	<u>Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.</u>		Zustimmung zu „verständlich“, Ablehnung der Streichung der Klammer	Es kommt für die Zielgruppe auf Verständlichkeit an. Auf die Qualitätsmerkmale „gemeinsame Entscheidungsfindung, unterstützte Patientenkommunikation“ sollte aber keinesfalls verzichtet werden.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6	<u>Telematikinfrastruktur</u> : Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.	allen	An allen genannten Stellen ist die Beteiligung bzw. mindestens die vollständige Information des/der Patient:in zwingend vorzuschreiben.	Die Nutzung von Telekommunikation darf nicht dazu führen oder beitragen, dass Leistungserbringer sich untereinander besprechen, ohne dass der/die Pat. davon erfährt, insbesondere Behandlungsentscheidungen und ihre Begründungen nicht kennt.
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV : Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV : Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).	GKV-SV/DKG/PatV	Zustimmung zur Beibehaltung	Eine Senkung der Qualitätsanforderung ist zu vermeiden.
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)	<u>KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote</u> Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.	KBV	Ablehnung dieser detaillierten Regelung	Die Durchführung psychotherapeutischer und ähnlicher Gruppen ist ohnehin möglich. Die hier vorgeschlagene Regelung erscheint darum unnötig.
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)	<u>PatV: Lockerung Qualitätsvorgaben</u>	PatV + GKV-	Es sollte heißen:	Ein QM-Verfahren muss ja nicht explizit extern zertifiziert sein (tragende Gründe PatV).

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. GKV-SV/KBV/DKG: <u>Beibehaltung der bisherigen Vorgaben,</u> dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.	SV/KBV/DKG	<i>Qualitätsstandards und Qualitätsmanagementverfahren vereinbart werden</i>	Andererseits sollten neben QM-Prozessen insbesondere auch <i>Standards</i> vereinbart und den teilnehmenden Patint:innen bekannt sein.
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3	<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandelungsleitender	KBV	Zustimmung zur vorgeschlagenen, einfachen Regelung. Satz 5 (Verweis auf den Gesamtbehandlungsplan) erscheint dagegen unnötig. Die Wiedergabe des Vorschlags in Spalte 2 erscheint allerdings missverständlich, die KBV	Die Vorschrift mit Verweis auf die jeweiligen berufsrechtlichen Pflichten ist ausreichend, alle weiteren Zuständigkeiten ergeben sich daraus und müssen nicht – wie in den Zusätzen der übrigen Bänke – eigens geregelt werden.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen		beabsichtigt doch vermutlich nicht die verpflichtende Beteiligung <i>zweier</i> Leistungserbringer in jedem Einzelfall an der Differenzialdiagnostik. Gemeint dürfte sein: ein Leistungserbringer nach Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 <i>oder</i> 2.	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.			
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]	GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.	GKV-SV	Zustimmung	Der eklatante Mangel an psychotherapeutischer Behandlung der Zielgruppe dieser Richtlinie lässt eine solche Vorschrift („anzustreben“) sinnvoll erscheinen.
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1	Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.	allen	Zustimmung	Die Formulierung ist aus unserer Sicht das Minimum an erforderlicher Einbeziehung, sie könnte/sollte verschärft werden, etwa durch verbindliche Einbeziehung aller Hilfen in die Gesamtbehandlungsplanung nach § 9 Abs. 1 im Sinne eines umfassenden Hilfeplans.
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]	GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der	GKV-SV	Keine Stellungnahme	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.			
§ 9 Absatz 1	Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).	allen	Zur Ergänzung um Maßnahmen gem. § 8 Abs. 3 Satz 2 siehe dort. Keine Stellungnahme zu den übrigen Änderungen in Abs. 1.	
§ 11 Absatz 1	Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ wird gestrichen	allen	Zustimmung. Außerdem sollte in Satz 1 ergänzt werden: ... während des stationären, <i>teilstationären oder stationsäquivalenten</i> ...“	
§ 11 Absatz 6	Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der	allen	Grundsätzliche Zustimmung; erforderliche Ergänzung, dass der/die Patient:in über alle Schritte der Informationsübermittlung zu unterrichten ist!	

25.03.2025

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Telematikinfrastruktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.			

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie Ihre Stellungnahme zur Synopse der Beschlussvorhaben zur KSVPsych-RL in die folgende Tabelle ein.

Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e. V.
25.04.2025

Für allgemeine Anmerkungen steht Ihnen die folgende Tabellenzeile zur Verfügung.

Allgemeine Anmerkungen
Die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e. V. (BAG GPV) unterstützt seit 2006 die Bildung und Zusammenarbeit regionaler Gemeindepsychiatrischer Verbünde. Vernetzung, Koordination verschiedener Leistungen und bereichsübergreifende, einzelfallbezogene Kooperation sind dabei ganz wesentlich Elemente einer derartigen Verbundstruktur. Hierfür ist ein eng auszulegender regionaler Bezug, im Sinne einer zeitgemäßen Sozial- und Gemeindepsychiatrie, unerlässlich. Von daher wurde die Einführung der KSVPsych-RL von uns sehr begrüßt, ebenso die aktuelle Notwendigkeit einer Änderung der Richtlinie. Aus unserer Sicht wird es auch zukünftig verstärkt notwendig sein, bestehende Verbundstrukturen optimal zu vernetzen und aufeinander abzustimmen. Unter Berücksichtigung der offensichtlichen Umsetzungsprobleme sehen wir in der Überarbeitung der Anforderungen der Richtlinie einen Schritt in die richtige Richtung. Wir hoffen, dass durch die Neuformulierung ein Impuls gesetzt werden wird, in mehreren Regionen eine strukturierte und koordinierte Versorgung – vor allem auch unter Einbezug bestehender Gemeindepsychiatrischer Verbünde – umzusetzen. Es geht dabei insbesondere darum, Leistungen möglichst flexibel und individuell passgenau zu ermöglichen und personenzentriert sowie lebensfeldorientiert zu organisieren. Durch die Einbindung in bestehende Gemeindepsychiatrischen Verbünde, wird insbesondere die leistungsbereichsübergreifende Kooperation und Koordination der unterschiedlichen Leistungsbereiche realistischer. In der BAG GPV sind derzeit 36 Mitgliedsverbünde organisiert. Deren Zusammenarbeit basiert auf den Qualitätsstandards der BAG GPV (www.bag-gpv.de), die eine gemeinsame regionale Verantwortung für die Umsetzung der leistungsbereichsübergreifenden Versorgungsverpflichtung postulieren.

Bitte wählen Sie aus, zu welchen Änderungen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten und fügen Sie diese unter „Stellungnahme“ und „Begründung“ ein. Bitte geben Sie ggf. auch an, auf welche Position (GKV-SV, KBV, DKG, PatV, alle) sich Ihre Stellungnahme bezieht.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 2 Absatz 2	<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM		Einschluss der F00 Diagnosen geboten	Angesichts demographischer Entwicklung und komplexen Behandlungsbedarf dieser Patientengruppe (siehe überarbeitete S3 LL Demenz – insbesondere multiprofessionelle nicht medikamentöse Interventionen) Einschluss sinnvoll.
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2 § 3 Absatz 2 Satz 6 ff § 3 Absatz 9 Satz 7	<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzverbund ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.		Zustimmung zur PatV	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 2 Satz 1	<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug		Ermächtigte Leistungserbringer sind einzubeziehen	Dies entspricht der Änderung der Zulassungsverordnung.
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3) Nummer 4	<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	allen		
§ 3 Absatz 2 Satz 3	<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] (PatV fünf) Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier		Der Verbund sollte so klein wie möglich ausgestaltet sein. Daher übernehmen wir die Position der PatV.	Die Versorgung muss regional, das bedeutet, räumlich begrenzt, lebensweltbezogen und gemeindenah ermöglicht werden!

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.			
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)	<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.		Auch hier stimmen wir der Position von DKV/PatV zu.	Die Praktikabilität muss hierdurch realistischer werden.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]	<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).			
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3	<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert:	allen	Dies ist zu begrüßen.	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.			
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7	<u>KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.	KBV	Ein Zeitraum von 3 Monaten erscheint uns hierbei als zu kurz gefasst. Mitunter kann es schwierig sein, ein Krankenhaus am Verbund zu beteiligen. Das Bemühen sollte sich über einen längeren Zeitraum erstrecken können. Das geforderte Konzept zur Krisenversorgung ist zu begrüßen.	Grundsätzlich sollten Krankenhäuser verpflichtend beteiligt werden, aber Ausnahmen sollten unter bestimmten Bedingungen möglich sein. In diesen Fällen sollte ein zwingendes Konzept inkl. einer stimmigen Krisenversorgung außerhalb des Krankenhauses gegeben sein. Eine regelmäßige Evaluation ist zwingend.
§ 3 Absatz 6	<u>Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPtK</u>	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6] , § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4	<u>Lockerung:</u> <u>Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.	allen	Zustimmung	Eine verbindliche Kooperationsvereinbarung im Sinne der BAG GPV sollte ausreichend sein.
§ 3 Absatz 11	<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den Landeskrankenhausesgesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.			
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).		Die Aktualisierung des Verzeichnisses sollte gerade in einer Startphase quartalsweise erfolgen, um einen umfassenden Überblick über die teilnehmenden Organisationen zu geben.	Zu Beginn wird mit erheblichen Veränderungen zu rechnen sein, zudem eine derartige Verbundstruktur immer einer gewissen Dynamik unterliegt, macht eine regelmäßige Aktualisierung Sinn. Eine quartalsweise Aktualisierung orientiert sich sinnvollerweise an den Abrechnungsmodalitäten.
§ 4 Absatz 1	<u>Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.</u>	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3	<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>	allen		
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]	<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.		Der Versorgungsauftrag muss mit einer entsprechenden Verbindlichkeit ausgestattet sein. Eine lediglich telefonische Erreichbarkeit greift hier zu kurz.	Durch die Position der DKG/PatV wird eine Verbindung von Versorgungsauftrag und Leistungsvermögen erzeugt, was hier sinnvoll ist und den Anschein von Beliebigkeit verdrängt.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 4 Absatz 3 Nummer 2	Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugsarztes/- Psychotherapeuten.</u>	allen	Eine sehr gute Maßnahme, da hierdurch der qualifizierte Austausch aller Beteiligten gefördert wird.	
§ 6 Absatz 1 Nr. 2	<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG: sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV: zwei Wochen.		Vorschlag: „... i. d. R. innerhalb von sieben Werktagen, max. von 2 Wochen.“	Es erscheint hier relevant, dass eine realistische und praktikable Lösung/Frist gesetzt wird. Sieben Werktagen könnten als Zeitraum hierfür zu kurz sein.
§ 6 Absatz 1 Nummer 3	<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV: sieben Werktagen (wie bisher), KBV: vier Wochen.		Wir plädieren hier für einen Kompromiss, das wären max. 2 Wochen bzw. 10 Werktagen.	Die von der KBV vorgeschlagenen vier Wochen erscheinen uns eindeutig zu lang, die Frist von sieben Werktagen erscheint dagegen in einigen Fällen als zu kurz.
§ 6 Absatz 1 Nummer 5	<u>Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.</u>			
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1	<u>Telematikinfrastruktur:</u> Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 11 Absatz 6	Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.			
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).		Eine patientenindividuelle Frequenz kann schnell beliebig und abhängig von anderen Faktoren interpretiert werden. Ein feste Setzung, wie bisher, ist hier besser geeignet.	Der Vorteil einer solchen RL ist doch u. a. der, dass die Patientinnen und Patienten eine bessere und umfassendere Versorgung erhalten. Dazu gehört auch eine engere Taktung der Kontakte/Termine.
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)	<u>KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote</u> Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.	<u>KBV</u>	Das lehnen wir ab!	Diese Leistungen können über die Regelleistungen erbracht werden. Das Arrangement erscheint darüber hinaus eher hochschwierig in der Umsetzung.
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)	<u>PatV: Lockerung Qualitätsvorgaben</u> Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an	<u>PatV</u>	Die Orientierung an Q-Standards ist hier völlig ausreichend. Die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen sollte nach wie vor regelmäßig und verbindlich stattfinden.	Ein QM-Verfahren erzeugt i. d. R. auch einen hohen bürokratischen Aufwand, der unnötigerweise Ressourcen von der eigentlichen Leistungserbringung abzieht. Überprüfbare Q-Standards erleichtern dagegen den gesamten Prozess.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. GKV-SV/KBV/DKG: <u>Beibehaltung der bisherigen Vorgaben</u> , dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.			Gemeinsame Fortbildungen etc. stärken den Verbundcharakter, fördern eine gemeinsame Haltung und verbessern die Kooperation.
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3	<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3		Hier ist eindeutig der Formulierung der PatV der Vorzug zu geben.	Alle anderen Vorschläge bringen unnötige Verkomplizierungen mit sich und führen den Aufgabenbereich dieser RL zu weit aus.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Absatz 2 Satz2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.			
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]	GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.	GKV-SV	Nicht erforderlich, muss im Einzelfall entschieden werden.	
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1	Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.	allen	Unbedingt, auch wenn solche Hilfen noch nicht bestehen, sollte darauf verwiesen werden und sollten diese einbezogen werden.	Die Orientierung an den S3-LL fordert multidisziplinäre Teams, die im Sozialraum und der Lebenswelt der Patientinnen und Patienten arbeiten. Dazu benötigt es alle Akteure aus den verschiedenen Tätigkeitsfeldern!
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]	GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.	GKV-SV	Je einfacher, umso besser: Beginn und Ende müssen verpflichtend angezeigt werden, alles Weitere ist überflüssig. Allerdings nicht in der beschriebenen standardisierten und sehr aufwändigen Art.	Da eine parallele Teilnahme in mehreren Verbünden nicht möglich ist, und die Krankenkassen die Stellen sind, die über die notwendigen Informationen verfügen, stellt sich die Frage, ob eine Abmeldung tatsächlich erforderlich ist?

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 9 Absatz 1	Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).	allen		
§ 11 Absatz 1	Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ wird gestrichen	allen		
§ 11 Absatz 6	Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.	allen		

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie Ihre Stellungnahme zur Synopse der Beschlussvorhaben zur KSVPsych-RL in die folgende Tabelle ein.

Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege BAPP e.V.
09.04.2025

Für allgemeine Anmerkungen steht Ihnen die folgende Tabellenzeile zur Verfügung.

Allgemeine Anmerkungen
Die Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (BAPP e.V.) begrüßt die Einführung der KSVPsych-Richtlinie als einen bedeutsamen Schritt zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit komplexem psychiatrischem und psychotherapeutischem Behandlungsbedarf. Das grundlegende Ziel der Richtlinie – nämlich sektorenübergreifende, koordinierte und bedarfsgerechte Leistungen zu bündeln – wird von uns ausdrücklich unterstützt. Gleichzeitig möchten wir als Fachgesellschaft auf zentrale Punkte aufmerksam machen, bei denen aus pflegfachlicher Sicht erheblicher Nachbesserungsbedarf besteht. Besonders die Potenziale der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (pHKP) werden in der aktuellen Ausgestaltung der KSVPsych-Richtlinie aus unserer Sicht weitgehend nicht ausgeschöpft. Sowohl internationale Studien als auch die Leitlinien der DGPPN weisen die pHKP als besonders wirksam in der Krankheitsbewältigung, beim individuellen Recovery-Prozess sowie in der Förderung von Empowerment aus. In der bisherigen praktischen Umsetzung der Richtlinie hingegen wird dieses zentrale Instrument kaum berücksichtigt. Modellprojekte wie das Stepped-Care-Modell in Hamburg und Bremen im Rahmen der „Besonderen Versorgung“ zeigen jedoch, wie pHKP erfolgreich integriert werden kann. In vielen bestehenden Netzverbünden zeigt sich derzeit, dass die fachärztliche Versorgung unverändert bleibt und komplexe Fälle weiterhin überwiegend durch Fachärzt*innen allein betreut werden, da komplementäre Dienste im Rahmen der KSVPsych-Richtlinie bislang nur in geringem Maße eingebunden sind. Aus unserer Sicht sollte psychiatrischer Pflege im Netzwerk der KSVPsych-Versorgung eine tragende Rolle zukommen – wie es in den Netzwerken der „Besonderen Versorgung“ bereits der Fall ist. Aktuell ist die pHKP ausschließlich im Rahmen der Regelversorgung nutzbar. Dies erlaubt eine Versorgungsdauer von maximal vier Monaten, während die Teilnahme der betroffenen Personen am KSVPsych-Programm auf bis zu drei Jahre angelegt ist. Diese zeitliche Diskrepanz widerspricht sowohl

wissenschaftlichen Erkenntnissen als auch praktischen Erfahrungen. Recovery-orientierte, lebensweltnahe psychiatrische Pflege erfordert Kontinuität, langfristige Beziehungen und eine stabile Begleitung. Die derzeitigen Vorgaben verhindern, dass die psychiatrische Pflege ihr volles Wirkungspotenzial entfalten kann.

Die BAPP empfiehlt daher dringend, die verfügbaren Leistungskontingente im Sinne eines an komplexen Erkrankungen ausgerichteten Stundenmodells zu erweitern – beispielsweise 4 x 40 Stunden, flexibel über die gesamte Versorgungsdauer von bis zu drei Jahren einsetzbar. Dies würde eine bedarfsorientierte, personenzentrierte Pflege ermöglichen und nachhaltig zur Verbesserung der Versorgung beitragen.

Darüber hinaus konnte in der Praxis der bestehenden KSVPsych-Netzwerke festgestellt werden, dass die koordinierende Funktion gemäß § 5 KSVPsych oftmals von Fachärztinnen an medizinische Fachangestellte (MFAs) in den Praxen delegiert wird. Diese verfügen jedoch nicht über die notwendige Qualifikation zur Umsetzung der damit verbundenen Aufgaben (§ 10 KSVPsych). In vielen Fällen ist die koordinierende Person den Patientinnen nicht bekannt oder vertraut – eine grundlegende Voraussetzung für wirksame Delegation.

Im Gegensatz dazu bringt die psychiatrische häusliche Krankenpflege umfassende Kompetenzen in der systemischen Koordination, sektorenübergreifenden Vernetzung, Angehörigenarbeit, Krisenintervention sowie in der Planung und Begleitung langfristiger Unterstützungsprozesse mit. Die enge Anbindung an die Lebenswelt der Betroffenen und der kontinuierliche Austausch mit allen am Versorgungsprozess Beteiligten machen psychiatrisch Pflegenden besonders geeignet, diese koordinierende Funktion verantwortungsvoll im multiprofessionellen Team zu übernehmen.

Die BAPP plädiert daher dafür, die Richtlinie dahingehend zu öffnen, dass auch entsprechend qualifizierte psychiatrische Pflegefachpersonen – analog zu bewährten Modellen des Case Managements – die Koordinierungsrolle übernehmen können. In Regionen, in denen dies nicht möglich ist, sollten alternativ auch Sozio- oder Ergotherapeut*innen mit entsprechender Qualifikation in diese Funktion eingebunden werden. Die Abrechnung der Koordinierungsleistung sollte direkt durch die jeweiligen Leistungserbringer erfolgen und nicht über die Facharztpraxis.

Beide Maßnahmen – die Ausweitung der psychiatrischen Pflege sowie die Übertragung der Koordinationsaufgabe an qualifiziertes Fachpersonal – würden nicht nur die Versorgungsqualität nachhaltig verbessern, sondern auch der Komplexität der Lebensrealitäten von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen besser gerecht werden.

Für vertiefende Gespräche und fachliche Beratungen stehen wir jederzeit gern zur Verfügung.

Bitte wählen Sie aus, zu welchen Änderungen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten und fügen Sie diese unter „Stellungnahme“ und „Begründung“ ein. Bitte geben Sie ggf. auch an, auf welche Position (GKV-SV, KBV, DKG, PatV, alle) sich Ihre Stellungnahme bezieht.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 2 Absatz 2	<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM	<u>KBV/DKG</u>	Die BAPP unterstützt den Vorschlag der KBV/DKG, wonach der Ausschluss Diagnosegruppe F 00 nicht schlüssig ist.	Erfahrungen aus der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (pHKP) zeigen, dass die Diagnosegruppe F00 in der Versorgungspraxis eine untergeordnete Rolle spielt. Vor diesem Hintergrund erscheint ein Ausschluss dieser Gruppe nicht nachvollziehbar.
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2 § 3 Absatz 2 Satz 6 ff § 3 Absatz 9 Satz 7	<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzverbund ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.	<u>GKV-SV/KBV / DKG</u>	Die BAPP unterstützt die Argumentation MVZ und BAG die Teilnahme an dem Netzverbund zu ermöglichen.	Angesichts der zunehmenden Etablierung von MVZ und BAG insbesondere in ländlichen Regionen erscheint es zeitgemäß und versorgungspolitisch sinnvoll, diesen Einrichtungen die Teilnahme am Netzverbund zu ermöglichen.
§ 3 Absatz 2 Satz 1	<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge	DKG / PatV	Die BAPP unterstützt die Argumentation der DKG/PatV.	Die BAPP spricht sich dafür aus, ermächtigte Leistungserbringer –

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug			insbesondere psychiatrische Institutsambulanzen sowie entsprechend ermächtigte Fachärztinnen und psychologische Psychotherapeutinnen gemäß § 116 SGB V – in die Netzverbünde einzubinden.
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3) Nummer 4	<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	allen	Die BAPP unterstützt diese Argumentation	
§ 3 Absatz 2 Satz 3	<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] (PatV fünf) Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier	GKV / KBV / DKG	Die BAPP unterstützt die Auffassung der GKV/KBV/DKG, dass sechs Fachärzte und Psychotherapeuten zur Gründung eines Netzverbund ausreichen.	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	mindestens zwei Psychotherapeutinnen.			
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)	<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.	DKG / PatV	Die BAPP folgt dem Vorschlag der DKG / PatV	Wir haben die Erfahrung gemacht, dass in vielen Gemeinschaftspraxen viele Fachärzte über einen halben Versorgungsauftrag verfügen bzw. eine Anstellungsgenehmigung. Es erscheint uns sinnvoll, dass diese Fachärzte ebenso wie die anderen Fachärzten in der gleichen Praxis an dem Netzverbund teilnehmen können.
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]	<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u>		Wir folgen dem Vorschlag der KBV/DKG allerdings nicht dem Zusatz der KBV, dass ein	Die BAPP sieht die Gefahr, dass durch die Verpflichtung zur Vorhaltung eines nicht-ärztlichen

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).		Vollzeitäquivalent für eine nicht-ärztliche koordinierende Person vorzuhalten ist.	Vollzeitäquivalents die Einbindung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (pHKP) in die Koordinierungsfunktion unnötig erschwert wird, was dem Ziel einer multiprofessionellen Versorgung zuwiderläuft.
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3	<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-	allen	Die BAPP folgt dem Vorschlag die Vorgaben zu lockern.	Wir sehen momentan nicht, dass sich in den betreffenden Regionen / Landkreisen die Krankenhäuser eine Kooperation anstreben, da sie in dem

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.			Netzwerkverbund keinen Vorteil für sich sehen. Die Kooperation sollte, sofern möglich, angestrebt werden – insbesondere dann, wenn die Gründung des Netzverbundes davon abhängig gemacht wird. Eine räumliche Nähe ist dabei wünschenswert, um eine funktionale Zusammenarbeit sicherzustellen.
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7	<u>KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.	KBV	Die BAPP kann der Argumentation folgen.	Die pHKP kann im Rahmen einer erweiterten Versorgung einen qualifizierten Krisendienst bereitstellen, wie er gemäß § 132a SGB V bereits vielerorts implementiert ist. Bestehende Strukturen können somit genutzt werden, um Versorgungslücken bei fehlender Krankenhauskooperation zu schließen.
§ 3 Absatz 6	<u>Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPtK</u>	allen	Die BAPP folgt der Ausführung	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6] , § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4	<u>Lockerung:</u> <u>Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.	allen	Die BAPP stimmt der Ausführung nicht zu	Es sollte auf jeden Fall ein Netzverbundvertrag abgeschlossen werden, damit sich die Leistungserbringer gegenseitig vertraglich verpflichten.
§ 3 Absatz 11	<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und	allen	Die BAPP folgt den Ausführungen	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den Landeskrankenhausesgesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.			
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).	GKV-SV/ PatV	Die BAPP folgt der Argumentation der GKV-SV/PatV	Die Informationen des Angebot sollten quartalsweise aktualisiert werden
§ 4 Absatz 1	<u>Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.</u>	allen	Dies trifft die Zustimmung der BAPP	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3	<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>	allen	Die BAPP kann dieser Argumentation folgen	Gemäß der vorherigen Ausführung ist die Streichung notwendig
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]	<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.	GKV-SV	Die BAPP vertritt die Auffassung das sowohl die Vorgabe zur Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche umgesetzt werden sollte, als auch Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.	Die BAPP hält sowohl eine telefonische Erreichbarkeit der Bezugs- oder Koordinationsperson an vier Tagen pro Woche für notwendig als auch einen Mindestumfang von einem halben Versorgungsauftrag, um eine verlässliche Versorgungskontinuität sicherzustellen.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 4 Absatz 3 Nummer 2	Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugsarztes/- Psychotherapeuten.</u>	allen	Die BAPP stimmt dieser Aussage zu	Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut sollte sich dieser Aufgabe befusst sein.
§ 6 Absatz 1 Nr. 2	<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG : sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV : zwei Wochen.			
§ 6 Absatz 1 Nummer 3	<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV : sieben Werktagen (wie bisher), KBV : vier Wochen.			
§ 6 Absatz 1 Nummer 5	<u>Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.</u>		Zustimmung	
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1	<u>Telematikinfrastruktur:</u> Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von	allen	Die BAPP stimmt dieser Aussage zu	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 11 Absatz 6	Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.			
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).	GKV-SV / DKG / PatV	Die BAPP stimmt den Ausführung der GKV-SV / DKG / PatV zu	Da die pHKP aktuell nur im Rahmen der Regelversorgung für maximal vier Monate erbracht wird, kann bei vielen Patient*innen keine kontinuierliche Einbindung in fallbezogene Besprechungen erfolgen. Eine Anpassung der Rahmenbedingungen ist daher erforderlich weil im nächsten Quartal der Betroffene die Versorgung der pHKP verlassen hat und deswegen auch keine Patientenorientierte Fallbesprechung stattfindet.
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)	KBV: <u>Niedrigschwellige Gruppenangebote</u> Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.	KBV	Die BAPP begrüßt den Vorschlag der KBV	Aus Sicht der BAPP sind niedrigschwellige Gruppenangebote sinnvoll und sollten im Rahmen der KSVPsych-Versorgung als ergänzendes Versorgungsmodul etabliert werden. Hierfür ist jedoch eine eigenständige

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Vergütungsregelung – analog zur Soziotherapie – erforderlich
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)	<u>PatV: Lockerung Qualitätsvorgaben</u> Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. <u>GKV-SV/KBV/DKG:</u> <u>Beibehaltung der bisherigen Vorgaben</u>, dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.	GKV-SV / KBV / DKG	Die BAPP stimmt für eine Beibehaltung der Qualitätsmanagementverfahren	Bisher konnten wir in deren Umsetzung in den existierenden Netzverbünden noch nicht feststellen. Aufgrund dessen stellt sich die Frage, wer die Umsetzung überprüft.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3	<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten.	P		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.			
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]	GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.	GKV-SV	Die BAPP unterstützt die Auffassung der GKV-SV	
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1	Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt;	allen	Zustimmung	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.			
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]	GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.	GKV-SV	Die BAPP stimmt der GKV-SV zu	Ein klare und einheitlich Meldung sorgt für eine größere Transparenz in dem System
§ 9 Absatz 1	Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).	allen	Die BAPP stimmt dieser Änderung zu	Der Gesamtbehandlung sollte mit allen Beteiligten regelmässig abgestimmt werden, ob es behandlungsspezifische Änderungen bzw. Präferenzen in der Versorgung geben sollte.
§ 11 Absatz 1	Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ wird gestrichen	allen	Zustimmung	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 11 Absatz 6	Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrastuktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.	allen	Zustimmung der BAPP	

25.03.2025

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie Ihre Stellungnahme zur Synopse der Beschlussvorhaben zur KSVPsych-RL in die folgende Tabelle ein.

Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie (BFLK e.V.)
26.04.2025

Für allgemeine Anmerkungen steht Ihnen die folgende Tabellenzeile zur Verfügung.

Allgemeine Anmerkungen

Bitte wählen Sie aus, zu welchen Änderungen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten und fügen Sie diese unter „Stellungnahme“ und „Begründung“ ein. Bitte geben Sie ggf. auch an, auf welche Position (GKV-SV, KBV, DKG, PatV, alle) sich Ihre Stellungnahme bezieht.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 2 Absatz 2	<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM	KBV /DKG	Die Position wird unterstützt	Auch Menschen mit Erkrankungen der F00-F09 können durchaus einen komplexen Versorgungsbedarf ähnlich der Patient*innen mit den anderen F-Diagnosen aufweisen. Für die Behandlung dieser Patient*innen wären dann nur stationäre Behandlung möglich.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Gerade im Bereich der Demenzen fachlich nicht sinnvoll.
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2 § 3 Absatz 2 Satz 6 ff § 3 Absatz 9 Satz 7	<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzverbund ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.	GKV-SV / KBV/DKG	Die Position wird unterstützt	Die Ausweitung der Netzverbundteilnehmende auf BAGs oder MVZ erscheint sinnvoll, um die Etablierung der Verbünde zu stärken.
§ 3 Absatz 2 Satz 1	<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer	DKG/Pat V	Die Position wird unterstützt	Die durch den Einbezug der ermächtigten Leistungserbringer kann das Versorgungsangebot bedarfsgerecht erweitert werden. Der angesprochenen Personenkreis ist auch vermehrt durch stationäre Aufenthalte

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	GKV-SV/KBV: Kein Einbezug			belastet (aus Mangel von Versorgungsangeboten).
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3) Nummer 4	<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	allen	Die Position wird unterstützt	
§ 3 Absatz 2 Satz 3	<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzwerk</u> Der Netzwerk umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] (PatV fünf) Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.	PatV	Die Position wird unterstützt	Je nach Region könne auch kleinere Netzverbünde sinnvoll sein.
§ 3 Absatz 2 Satz 4	<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzwerk:</u>	DKG/Pat V	Diese Position wird unterstützt	s.o., Unterstützung der Bildung kleinerer Netzverbünde

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
(siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)	GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.			
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]	<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG	GKV-SV	Die Position wird untertstützt	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).			
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3	<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzwerk befinden.	allen	Die Position wird unterstützt	Evtl. mangelndes Interesse der KH darf nicht zum Hindernis werden.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7	<u>KBV:</u> Ausnahmeregel von <u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.	KBV	Die Position wird nicht unterstützt.	s.o. es wird die Position der „angestrebten Position“ unterstützt
§ 3 Absatz 6	<u>Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPtK</u>	allen	Zustimmung	
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6], § 3 Absatz 3 Satz 1,	<u>Lockerung:</u> <u>Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-	allen	Zustimmung	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4	RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.			
§ 3 Absatz 11	<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den Landeskrankenhausesgesellschaften zur Verfügung.	allen	Zustimmung	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.			
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).	KBV/DKG	Die Position wird unterstützt	Veränderungen sollten zeitnah zur Verfügung gestellt werden, routinemäßig nicht sinnvoll (insbesondere wenn keine Veränderungen eingetreten sind)
§ 4 Absatz 1	<u>Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.</u>	allen	Zustimmung	
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3	<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>	allen	Keine Stellungnahme	
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]	<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut:</u>		Keine Stellungnahme	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.			
§ 4 Absatz 3 Nummer 2	Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten.</u>	allen	Zustimmung	Explizite Benennung zur Klarstellung sinnvoll
§ 6 Absatz 1 Nr. 2	<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von		Keine Stellungnahme	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	GKV-SV/DKG: sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV: zwei Wochen.			
§ 6 Absatz 1 Nummer 3	<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV: sieben Werktagen (wie bisher), KBV: vier Wochen.		Keine Stellungnahme	
§ 6 Absatz 1 Nummer 5	<u>Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.</u>		Zustimmung	
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6	<u>Telematikinfrastruktur:</u> Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.	allen	Zustimmung	
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u>	GKV-SV /DKG /PatV	Die Position wird unterstützt	Aufgrund des Bedarfs der schwer psychisch Erkrankten ist die bisherige Regelung sinnvoll.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).			
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)	<u>KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote</u> Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.	KBV	Keine Stellungnahme	
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)	<u>PatV: Lockerung Qualitätsvorgaben</u> Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. <u>GKV-SV/KBV/DKG:</u> <u>Beibehaltung der bisherigen Vorgaben,</u> dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten	PatV	Die Position wird nicht unterstützt	Die Erleichterung ist nicht erkennbar, da auch Standards eine Verbindlichkeit darstellen

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.			
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3	<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender		Keine Stellungnahme	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.			
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]	GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in	GKV-SV	Keine Stellungnahme	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.			
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1	Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.	allen	Zustimmung	
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]	GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.	GKV-SV	Keine Stellungnahme	
§ 9 Absatz 1	Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja,	allen	Zustimmung	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).			
§ 11 Absatz 1	Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ wird gestrichen	allen	Zustimmung	
§ 11 Absatz 6	Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrastuktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.	allen	Zustimmung	

27.04.2025

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie Ihre Stellungnahme zur Synopse der Beschlussvorhaben zur KSVPsych-RL in die folgende Tabelle ein.

Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (BPM) e.V.
27.04.2025

Für allgemeine Anmerkungen steht Ihnen die folgende Tabellenzeile zur Verfügung.

Allgemeine Anmerkungen
Der Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie begrüßt ausdrücklich die Überarbeitung dieser Richtlinie, die eine niedrigschwelligere Einführung komplexer multiprofessioneller Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zum Ziel hat. Es ist dringend notwendig, die bisher identifizierten Umsetzungshürden zu beseitigen und klug koordinierte sowie patientenzentrierte Multiprofessionalität in der medizinischen Versorgung dieser PatientInnen leichter erreichbar zu machen.

Bitte wählen Sie aus, zu welchen Änderungen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten und fügen Sie diese unter „Stellungnahme“ und „Begründung“ ein. Bitte geben Sie ggf. auch an, auf welche Position (GKV-SV, KBV, DKG, PatV, alle) sich Ihre Stellungnahme bezieht.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 2 Absatz 2	<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM,	<u>KBV/DKG</u>	Erweiterung des Diagnosespektrums auf gesamten F-Diagnose-Bereich mit Einbeziehung der Demenzdiagnosen – F0x – ist erforderlich	Für diese Patientengruppe ist die Einleitung einer zeitnahen Diagnostik von Bedeutung, weil nur zu Beginn der Behandlung eine antidementive Behandlung indiziert ist – schreitet die

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM			Demenz fort, sind Antidementiva nicht mehr einsetzbar Sollen Psychopharmaka zur Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz eingesetzt werden, ist dies auch dringend nötig, um Klinikeinweisungen zu vermeiden – dazu müssen auch zwingend sozialmedizinische Beratungen erfolgen. Eine antidementive Behandlung ist insbesondere in frühen und mittelschweren Stadien, wenn pflegerische Interventionen noch nicht notwendig sind, möglich und meist indiziert. Außerdem sind häufig weitere medikamentöse, ergo- und physiotherapeutische Behandlungen sowie niedrigschwellige psychotherapeutische Interventionen zum Erhalt der Teilhabe erforderlich Auch für die Identifikation der Alzheimerpathologie als Frühform einer Demenz wäre

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				eine vernetzte und multiprofessionelle Intervention dringend erforderlich (gestuftes und differenziertes diagnostisches Vorgehen mit neuropsychologischen, laborchemischen und bildgebenden Verfahren vor Behandlungsbeginn und engmaschig im Verlauf sowie sozialmedizinisch-psychotherapeutische Begleitung) – hier handelt es sich meist nicht um schwer psychisch Kranke im Sinne der Richtlinie (s. GAF-Wert). Deswegen muss für diese wachsende Patientengruppe eine Form der Versorgung für die Abbildung der vielfältigen Schritte gefunden werden – z. B. eine weitere Richtlinie zur „Demenzfrühversorgung“.
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2 § 3 Absatz 2 Satz 6 ff	<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzverbund ist	<u>KBV/GKV-SV</u>	<u>Einbezug der in der vertragsärztlichen Versorgung schon etablierten Strukturen</u>	Die Einbeziehung einer bereits qua Institution im Vertragsarztbereich definierten vernetzten Struktur, wie etwa eine Berufsausübungs-

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 9 Satz 7	- (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.			gemeinschaft BAG und auch ein von den in der Richtlinie genannten relevanten Leistungserbringern geführtes Medizinisches Versorgungszentrum MVZ würde die Bildung eines Netzverbundes erleichtern. Damit können bereits synergistisch wirksame Versorgungselemente noch breiter nutzbar gemacht werden. Ausdrücklich nicht adressiert wird mit dieser Befürwortung der Einbezug von MVZs, die nicht mit der Versorgung der adressierten Patientengruppe bereits ausreichende Erfahrung haben.
§ 3 Absatz 2 Satz 1	<u>Einbezug ermächtigter Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug	DKG/ PatV	Ablehnung	Der Einbezug ermächtigter Leistungserbringer (speziell der in der aktuellen Änderung der Zulassungsverordnung Ärzte adressierten Leistungserbringer) ist nicht erforderlich. Eine Ermächtigung von Ärzten und Psychotherapeuten ist grundsätzlich nur dann notwendig, wenn der Versorgungsbedarf trotz

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Darstellung regelrechter Versorgungsumfänge nach Bedarfsplanungsrichtlinie regional nicht sichergestellt werden kann. In den Zulassungsverfahren sind Zulassungen zur vertragsärztlichen Versorgung vorrangig auszusprechen. Zur Stärkung dieser vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Strukturen soll auf diese auch im vorliegenden Vernetzungsverfahren zurückgegriffen werden.
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3) Nummer 4	<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	allen	<u>Übernahme</u>	Die Einfügung des Begriffes der „FachpsychotherapeutInnen“ infolge des Psychotherapeutengesetzes ist folgerichtig
§ 3 Absatz 2 Satz 3	<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzverbund</u>	GKV-SV/ KBV/ DKG	<u>Übernahme</u>	Die Reduzierung der Anforderungen zur Gesamtzahl der in einem Netzverbund tätigen ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen auf sechs Personen ist zu begrüßen.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] (PatV fünf) Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.			
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2] : Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/- psychotherapeut wird gestrichen)	<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung.	<u>KBV</u>	<u>Übernahme</u>	Komplexe Regelungen zu vollen und halben Versorgungsaufträgen sichern nicht zwingend die Erreichbarkeit der Versorgung im Rahmen der Sprechstundenzeiten ab, die nach BMV-Ä geregelt sind. Deswegen sollten Regelungen formuliert werden, die die Erreichbarkeit der Versorgung aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer schwellenarm möglich macht, unabhängig von Einzel-Festlegungen zu den Versorgungsaufträgen für Ärzte und Psychotherapeuten. Hier sollte die Erreichbarkeit des Teams in den Vordergrund gestellt werden, schließlich

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.			handelt es sich um eine vernetzte Versorgung und ausdrücklich nicht um eine Versorgung durch einen einzelnen Akteur im Versorgungsnetz. Aus unserer Sicht sollte seitens der fachärztlichen Versorgung mindestens ein voller Versorgungsauftrag eingebracht werden.
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]	<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber	<u>KBV/</u> <u>DKG</u>	<u>Übernahme</u>	BAG (und als Sonderform das MVZ) verfügen schon über eine vernetzte Organisationsstruktur. Ob diese für die Versorgung nach dieser Richtlinie aufgestellt ist, muss die zuständige KV prüfen. In der bereits bestehenden Netzstruktur einer BAG können die geforderten Versorgungselemente der Richtlinie schneller und leichter erbracht werden. Die BAG kann als bereits bestehende Einheit multiprofessionelle Versorgung anbieten. Die Festlegung der Präsenz einer nichtärztlichen koordinierenden Person erscheint folgerichtig.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).			
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3	<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzwerk befinden.		<u>Übernahme</u>	Es handelt sich um Regelungen zur vernetzten Versorgung im vertragsärztlichen Bereich – die Erzwingung der Kooperation mit einer Klinik ist hier nicht sinnvoll. Nach bestehender Richtlinie haben in vielen Regionen Deutschlands in Gründung befindende Netzverbünde kein Krankenhaus gefunden, welches zur Kooperation bereit war – damit war die zwingende Kooperation mit einem Krankenhaus ein ganz wesentlicher Verhinderungsgrund für die Netzwerkgründung. Grundsätzlich ist die sektorübergreifende Kooperation mit stationären und teilstationären Angeboten im Rahmen dieser Richtlinie erstrebenswert. Ggf lassen sich

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Anreize für den stationären Sektor schaffen, um sich in einem größeren Umfang an der Versorgung nach dieser Richtlinie zu beteiligen.
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7	<u>KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.	KBV	Übernahme	Aufgrund der bisherigen großen Zurückhaltung der Krankenhäuser bzw deren Träger gegenüber der Teilnahme an der Versorgung dieser Richtlinie muss grundsätzlich bezweifelt werden, ob dem in Gründung befindlichen Netzverbund im vertragsärztlich-vertragspsychotherapeutischen Bereich zugemutet werden muss, sich ernsthaft um eine Kooperation mit einem Krankenhaus zu bemühen – in der Anhörung schilderten die Netzverbünde von vielfachen Gesprächsbemühungen ohne Resonanz und zahllosen Anschreiben an Kliniken ohne Antwort bzw. ohne konkrete Zusage der Kooperation – das war häufig eine „Hinhalte-Taktik“. Das Anzeigen der Netzverbundgründung durch die

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				gründenden Akteure an die in der Versorgungsregion befindlichen Krankenhäuser mit dem Angebot der Kooperation ist hier ein pragmatischerer Ansatz. Notfall- und Krisenversorgung ist auch in Kliniken erforderlich, die nicht zu den kooperierenden Kliniken gehören – hier gilt das Prinzip der Versorgungsverpflichtung in einer Region.
§ 3 Absatz 6	<u>Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPtK</u>	allen	Übernahme	Dies ist folgerichtig
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6], § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 4 Absatz 1 Satz 4	<u>Lockerung:</u> <u>Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen	allen	Übernahme	Die Erleichterung der Netzverbundgründung durch Wegfall der Vertragsbindungen ist zu begrüßen.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 6 Absatz 4	Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.			
§ 3 Absatz 11	<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.	allen	<u>Übernahme</u>	Auch hier handelt es sich um Vereinfachungen des Verfahrens.
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u>	<u>KBV/DKG</u>		Die Vorgabe, dies quartalsweise zu melden ist Überregulierung – bei Änderung der

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher)			Versorgungsmöglichkeiten muss eine Anpassung in den Veröffentlichungsorganen vorgenommen werden – bisher war auch keine Frequenz der Meldung gefordert – Entbürokratisierung!
§ 4 Absatz 1	<u>Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.</u>	allen	<u>Übernahme</u>	Keine Einwände
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3	<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>	allen	<u>Übernahme</u>	Die Streichung der Festlegung der Bezugsarzt/-psychotherapeutenfunktion auf einen vollen Versorgungsauftrag wird begrüßt. Die Festlegung auf die Erreichbarkeit der Versorgenden im Team ist zu begrüßen. Die Erreichbarkeit ist durch eine Festlegung auf volle oder halbe Versorgungsaufträge nicht regelbar – deswegen ist die Fokussierung auf die Team-Erreichbarkeit praktikabler.
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]	<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut:</u>	<u>GKV-SV/KBV</u>	<u>Übernahme</u>	Die Streichung der Festlegung der Bezugsarzt/-psychotherapeutenfunktion auf

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.			einen vollen Versorgungsauftrag wird unterstützt. Die Festlegung auf Erreichbarkeit der Versorgenden im Team wird unterstützt. Die Erreichbarkeit ist durch eine Festlegung auf volle oder halbe Versorgungsaufträge nicht regelbar – deswegen ist die Fokussierung auf die Team-Erreichbarkeit praktikabler.
§ 4 Absatz 3 Nummer 2	Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten.</u>	allen	Übernahme	Dies ist eine Kernaufgabe des Bezugsarztes/-therapeuten.
§ 6 Absatz 1 Nr. 2	<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG: sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV: zwei Wochen.	<u>KBV/PatV</u>	<u>Übernahme</u>	Eine Frist für die Eingangssprechstunde innerhalb von 2 Wochen statt 7 Tagen ist ausreichend und praktikabel. Man kann davon ausgehen, dass

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				die betreffende Person, die für die Versorgung nach dieser Richtlinie in Frage kommt, bereits im Rahmen der nervenärztlich-psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Regelversorgung versorgt wird. Aus dieser Versorgung heraus wird ja die Indikation für die Versorgung nach dieser Richtlinie gestellt.
§ 6 Absatz 1 Nummer 3	<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV : sieben Werktagen (wie bisher), KBV : vier Wochen.	<u>KBV</u>	<u>Übernahme</u>	Die differentialdiagnostische Abklärung muss individuell geplant werden. Dafür ist eine Frist von 4 Wochen grundsätzlich angemessen, da ja die Eingangssprechstunde bereits zuvor erfolgt und damit eine Priorisierung von Interventionen schon möglich ist, insbesondere Akut- und Kriseninterventionen.
§ 6 Absatz 1 Nummer 5	<u>Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.</u>	Allen?	<u>Übernahme</u>	Diese Änderung wird unterstützt.
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3,	<u>Telematikinfrastruktur:</u> Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann	allen	<u>Übernahme</u>	Diese Änderung wird unterstützt, weil damit die in der Regelversorgung vorgesehenen

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6	unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.			Kommunikationswege genutzt werden können. Mögliche Anpassungen im Behandlungskonzept können so leichter umgesetzt werden.
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).	<u>KBV</u>	<u>Übernahme</u>	Die verbindliche Implementierung einer Fallkonferenz ist mit der Festlegung auf 1x/Quartal ausreichend geregelt. Verantwortlich dafür ist der Bezugsarzt -psychotherapeut, bei entsprechender Indikation kann dies selbstverständlich auch mehrfach erfolgen. Die bilaterale Kommunikation von an der Versorgung eines Patienten Beteiligten, die auch außerhalb von Fallkonferenzen regelhaft erfolgen muss, kann über diese Kommunikationswege, wie oben beschrieben, erfolgen. Die Einberufung einer Fallkonferenz sollte so oft wie nötig erfolgen. Eine überflüssige Ressourcenbindung sollte aber vermieden werden, deswegen ist die Festlegung auf 1x/Quartal

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				wirtschaftlich, ausreichend und zweckmäßig.
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)	<u>KBV:</u> <u>Niedrigschwellige Gruppenangebote</u> Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.	<u>KBV</u>	<u>Übernahme</u>	Niedrigschwellige Gruppenangebote waren eines der positiv evaluierten Kernelemente des Innovationsfonds-Projektes NPPV der KV Nordrhein. Es handelt sich hier nicht um eine richtlinien-gruppenpsychotherapeutische Behandlung. Diese ist in der Regel mit hohen Anforderungen an die Teilnahme gebunden – Patienten mit schwerer psychischer Beeinträchtigung sind meist nicht in der Lage, von dieser Intervention zu profitieren oder sie erfüllen nicht die Eingangsvoraussetzungen (zeitliche Zuverlässigkeit, Einhalten der Kommunikationsregeln, erforderliche mnestiche Kompetenzen). Gruppentherapeutische Angebote zur Psychoedukation oder zum Skills-Training können

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				flexibler gestaltet werden als Richtlinien-Gruppenpsychotherapie. Diese offene Gruppenstruktur ist zudem besser zu implementieren. Gerade für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind niedrigschwellige und offene Gruppenangebote eine gute Möglichkeit, Teilhabe-Fähigkeiten wieder zu entwickeln.
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)	<u>PatV: Lockerung Qualitätsvorgaben</u> Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. <u>GKV-SV/KBV/DKG:</u> <u>Beibehaltung der bisherigen Vorgaben</u>, dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige	<u>PatV</u>	<u>Ablehnung</u>	Qualitätssicherung ist in der Patientenversorgung von besonderer Bedeutung. Die bestehenden Regelungen der KSVPsych-RL sollten also beibehalten werden.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.			
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3	<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.	<u>KBV</u>	<u>Übernahme</u>	Die Differentialdiagnostik sollte unbedingt fachärztlich UND psychotherapeutisch erfolgen, um alle Aspekte der Versorgung prüfen und diese bei Bedarf einleiten zu können. Wenn die Eingangssprechstunde und der Erstkontakt durch einen ausschließlich psychotherapeutisch Tätigen (Arzt oder Psychotherapeuten) erfolgt, muss eine medizinisch-psychiatrische bzw. -psychosomatische Diagnostik ergänzend erfolgen, um psychopharmakologische oder andere biologische Interventionen sowie das Erfordernis weiterer somatischer Diagnostik oder Interventionen zu prüfen und ggf. in die Wege zu leiten. Das Ergebnis muss im Gesamtbehandlungsplan festgeschrieben werden, auf den

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.			jeder an der individuellen Patientenversorgung Beteiligte Zugriff hat.
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]	GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.	GKV-SV	Ablehnung	Die Prüfung der Einbeziehung eines Psychotherapeuten bei vorwiegend psychiatrischer Behandlung kann im Rahmen der Differentialdiagnostik erfolgen. Allerdings ist nicht immer

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				zwingend die psychotherapeutische Mitbehandlung nötig oder möglich. Mitunter sind schwer psychisch Kranke nicht in der Lage, eine richtlinien-psychotherapeutische Behandlung wahrzunehmen – ggf. ist diese erst nach einer Stabilisierungsphase möglich.
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1	Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.	allen	Zustimmung	
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]	GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.	GKV-SV	Ablehnung	Der Beginn und das Ende der Behandlung nach KSVPsych-RL muss in geeigneter Weise angezeigt werden – ansonsten sollte aber hinsichtlich der Entbürokratisierung auf Überregulierungen verzichtet werden.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 9 Absatz 1	Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).	allen	Zustimmung	
§ 11 Absatz 1	Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ wird gestrichen	allen	Zustimmung	
§ 11 Absatz 6	Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.	allen	Zustimmung	

25.03.2025

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie Ihre Stellungnahme zur Synopse der Beschlussvorhaben zur KSVPsych-RL in die folgende Tabelle ein.

ackpa (Arbeitskreis der ChefärztInnen von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland)
28.04.2025

Für allgemeine Anmerkungen steht Ihnen die folgende Tabellenzeile zur Verfügung.

Allgemeine Anmerkungen
Weiterhin ist zu begrüßen, dass sich der G-BA mit der Verbesserung der Behandlungssituation von Menschen befasst, die von schweren Verläufen psychischer Erkrankungen betroffen sind und sich in dem fragmentierten System psychosozialer Hilfen in unserem Gesundheitssystem schwer zurechtfinden. Mit den nun vorliegenden Änderungsvorschlägen sollen offensichtlich auch Implementierungshemmnisse der Versorgungsform beseitigt oder verringert werden. Für die Versorgung der betroffenen Patient:innen ist auch dies zu begrüßen. Weiterhin gilt es daher, kleinteilige Kontrolle von Teilschritten, überbordende Regularien und zusätzlichen administrativen Aufwand zu begrenzen und dennoch die erklärten Ziele einer verbesserten Kooperation und einer Verbesserung der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure nicht aus den Augen zu verlieren. Unsere Patient*innen und deren Bezugspersonen benötigen flexible personenzentrierte und in der Therapieprozessbegleitung fachkundige Expertise, die in der Lage ist, sich kooperierend auf diskontinuierliche Verläufe angemessen einzustellen. Entsprechend dieser Haltung nimmt ackpa zu den konkreten Änderungen wie folgt Stellung:

Bitte wählen Sie aus, zu welchen Änderungen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten und fügen Sie diese unter „Stellungnahme“ und „Begründung“ ein. Bitte geben Sie ggf. auch an, auf welche Position (GKV-SV, KBV, DKG, PatV, alle) sich Ihre Stellungnahme bezieht.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 2 Absatz 2	<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der		ackpa schließt sich den Vorschlägen der DKG an	Auch für Patient:innen, die von psychischen Störungen des Kapitels F00 betroffen sind,

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM			können Behandlungsbedarfe indiziert sein, die in dieser Richtlinie geregelt werden. Der Ausschluß von Patient:innen, die von diesen Erkrankungen betroffen sind, ist nicht sinnvoll.
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2 § 3 Absatz 2 Satz 6 ff § 3 Absatz 9 Satz 7	<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzverbund ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.		ackpa schließt sich den Vorschlägen von GKV-SV und KBV an. Dem Änderungsvorschlag der DKG bezüglich ermächtigter Ärzte schließt sich ackpa nicht an	Bereits bestehende kooperative Strukturen sollten für diese Versorgungsform genutzt werden können. Ermächtigte Leistungserbringer sind stehen in aller Regel der ambulanten Versorgung nicht vollumfänglich zur Verfügung. Ein Einbezug erscheint daher im Zusammenhang dieser Richtlinie nicht sinnvoll.
§ 3 Absatz 2 Satz 1	<u>Einbezug ermächtigter Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV:		Dem Änderungsvorschlag der DKG bezüglich ermächtigter Ärzte schließt sich ackpa nicht an	Siehe oben

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug			
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3] Nummer 4	<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	allen	ackpa schließt sich den Vorschlägen aller an.	
§ 3 Absatz 2 Satz 3	<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] (PatV fünf) Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.		ackpa schließt sich der Position von GKV-SV/ KBV/ DKG an	Dies ermöglicht eine leichtere Gründung von Netzverbünden auch in Regionen, in denen die Anzahl der niedergelassenen Fachärzte und Psychotherapeuten an sich schon gering ist

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)	<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.		ackpa schließt sich der Position des GKV-SV an	Mindestens ein Mitglied der beiden Berufsgruppen sollte potenziell der Versorgung vollumfänglich im Wochenverlauf zur Verfügung stehen, um die persönliche Kontinuität in der Behandlung von Patient:innen gewährleisten zu können, die von schweren Verläufen psychischer Störungen betroffen sind.
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]	<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde		ackpa unterstützt die Position des GKV-SV	Unterschiedliche Anforderungen würden unterschiedliche Anreize für die Versorgungsform setzen. Insbesondere die persönliche Kontinuität in der Behandlung von Patient:innen, die einer

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).			Versorgung nach dieser Richtlinie bedürfen, lässt es wünschenswert erscheinen, dass nicht primär Organisationsformen leichter Netzverbünde gründen können als andere.
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3	<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus	allen	ackpa unterstützt diese Veränderung nicht	Korrespondierend mit dem Konzept der Regionalen Verantwortung ist ein Netzverbund, der nicht zwingend mit der pflichtversorgenden Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie kooperiert, inhaltlich gerade für die beschriebene

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.			Patient:innengruppe nicht vertretbar.
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7	<u>KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.	KBV	ackpa unterstützt den Vorschlag der KBV nicht	Korrespondierend mit dem Konzept der Regionalen Verantwortung ist ein Netzverbund, der nicht zwingend mit der pflichtversorgenden und den in der Region vernetzten Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie kooperiert, inhaltlich gerade für die beschriebene Patient:innengruppe nicht vertretbar.
§ 3 Absatz 6	<u>Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPtK</u>	allen	ackpa unterstützt den Vorschlag aller.	
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6],	<u>Lockerung:</u> <u>Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung	allen	ackpa unterstützt den Vorschlag aller.	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4	vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.			
§ 3 Absatz 11	<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den	allen	ackpa unterstützt den Vorschlag aller.	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Landeskrankenhausgesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Informationen an die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.			
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).		ackpa unterstützt den Vorschlag von KBV/ DKG	Eine Vorgabe der Frequenz ist aus unserer Sicht ein Zeichen von Überregulierung und überbordenden bürokratischen Anforderungen und sollte daher entfallen.
§ 4 Absatz 1	<u>Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.</u>	allen	ackpa unterstützt den Vorschlag aller.	
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3	<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>	allen	ackpa unterstützt den Vorschlag aller.	
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV:	<u>Umfang Versorgungsauftrag</u>		ackpa unterstützt den Vorschlag	Diese Vorgabe ist realistisch,

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]	<u>von Bezugsarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.		von DKG/ PatV	praktikabel und nicht überreguliert.
§ 4 Absatz 3 Nummer 2	Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten.</u>	allen	ackpa unterstützt den Vorschlag aller.	
§ 6 Absatz 1 Nr. 2	<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u>		ackpa unterstützt die Position	Für Patienten, die von schweren

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG : sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV : zwei Wochen.		von GKV-SV/DKG	Verläufen psychischer Erkrankungen betroffen sind und einen komplexen Hilfebedarf haben, ist eine Verlängerung der Frist nicht vertretbar.
§ 6 Absatz 1 Nummer 3	<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV : sieben Werktagen (wie bisher), KBV : vier Wochen.		ackpa unterstützt die Position des GKV-SV/DKG	Für Patienten, die von schweren Verläufen psychischer Erkrankungen betroffen sind und einen komplexen -hilfebedarf haben, ist eine Verlängerung der Frist nicht vertretbar.
§ 6 Absatz 1 Nummer 5	<u>Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.</u>		ackpa unterstützt den Vorschlag.	
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6	<u>Telematikinfrastruktur:</u> Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.	allen	ackpa unterstützt den Vorschlag aller.	
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u>		ackpa unterstützt den Vorschlag der KBV	Hiermit werden Qualitätssicherung einerseits

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).			sowie Flexibilität und Ressourcenschonung andererseits unterstützt.
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)	<u>KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote</u> Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.	<u>KBV</u>	ackpa unterstützt die Position der KBV	Gerade in der ambulanten Behandlung kommen sozialtherapeutische Aspekte im Vergleich zum stationären oder teilstationären Setting oft sehr kurz und sollten daher gefördert werden
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)	<u>PatV: Lockerung Qualitätsvorgaben</u> Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. <u>GKV-SV/KBV/DKG:</u> <u>Beibehaltung der bisherigen Vorgaben,</u> dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten	<u>PatV</u>	ackpa unterstützt den Vorschlag von GKV-SV/ KBV/DKG	Die hier adressierte Gruppe von Patient:innen ist von schweren Verläufen psychischer Störungen betroffen und eine Lockerung der bestehenden Qualitätsvorgaben insbesondere von Fortbildungsaktivitäten sollte daher nicht erfolgen.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.			
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3	<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose)		ackpa unterstützt den Vorschlag von GKV-SV/DKG	Die differentialdiagnostische Abklärung sollte gleichermaßen im Sinne von Qualitätssicherung und Ressourcenschonung so erfolgen, dass personell möglichst schlanke Vorgaben zeitnahe Klärungen ermöglichen

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.			
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]	GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung	GKV-SV	ackpa unterstützt den Vorschlag des GKV-SV nicht	Die Gebietsbezeichnung Facharzt/ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie inkludiert die hier adressierten Kompetenzen. Eine Einbindung von

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	eingebunden wird.			Psychotherapeut:innen ist bei einer entsprechenden Behandlungsindikation sinnvoll.
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1	Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.	allen	ackpa unterstützt den Vorschlag aller.	
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]	GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.	GKV-SV	ackpa unterstützt den Vorschlag des GKV-SV.	Die Meldung sollte in jedem Fall bürokratiearm erfolgen und im Informationsgehalt maximal schlank konzipiert werden.
§ 9 Absatz 1	Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja,	allen	ackpa unterstützt den Vorschlag aller.	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).			
§ 11 Absatz 1	Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ wird gestrichen	allen	ackpa unterstützt den Vorschlag aller.	
§ 11 Absatz 6	Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.	allen	ackpa unterstützt den Vorschlag aller.	

Von: info@dvsg.org
An: [KSVPsych](#)
Betreff: AW: Stellungnahmeberechtigte Organisationen | Bitte um Stellungnahme | Anpassung der KSVPsych-RL
Datum: Montag, 28. April 2025 18:26:51

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank, dass wir erneut die Gelegenheit zur Stellungnahme im Zusammenhang mit der Anpassung der Richtlinie erhalten.

Die Richtlinie bietet Chancen zur multiprofessionell ausgerichteten Behandlung und Versorgung. Allerdings ist ein niedrigschwelliger Zugang (z. B. durch aufsuchende Beratung und Begleitung) als Baustein zu ergänzen. Diese Unterstützung sieht das SGB V bislang im ambulanten Kontext nicht vor. Entsprechende Möglichkeiten sind im Gesetz zu implementieren und für psychisch erkrankte Menschen direkt zugänglich zu machen. Allein die Erwähnung der Soziotherapie ist nicht ausreichend, zumal es bei der Soziotherapie unzureichende Rahmenbedingungen für die Inanspruchnahme gibt. Gerne möchte ich Sie auf die DVSG-Stellungnahme aus dem Jahr 2021 aufmerksam machen, die nach wie vor gilt und in der Sache aktuell ist:

(https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Stellungnahmen/DVSG-Stellungnahme-GBA-2021-01.pdf).

In der DVSG-Stellungnahme steht auf der ersten Seite: Die Versorgung und psychosoziale Begleitung schwer psychisch erkrankter Menschen stellt aus unserer Sicht eine komplexe Aufgabe dar, die zwingend einer strukturierten und koordinierten Versorgung und Steuerung sowie eines berufsgruppenübergreifenden Ansatzes bedarf. Neben den medizinisch-psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsansätzen und den bereits zur Verfügung stehenden Heilmitteln sehen wir eine zwingende Notwendigkeit, die psychosoziale und sozialrechtliche Unterstützung unter Einbeziehung der Sozialen Arbeit fest in einer umfassenden strukturierten Versorgung zu verankern, um soziale Teilhabe für psychisch erkrankte Menschen zu ermöglichen. Vereinbarungen sind innerhalb des Netzverbundes erforderlich, um bestehende gut funktionierende Strukturen mit Bezugspersonenkontinuität im Bedarfsfall einzubinden, Doppelstrukturen zu vermeiden und eine größere Flexibilität und personenzentrierte Unterstützung anzubieten.

In dem Zusammenhang der Sicherstellung einer niedrigschwelligen psychosozialen Beratung und Unterstützung möchten wir Sie auf das Thema und die Möglichkeit zur Verordnung des social prescribing aufmerksam machen. Bitte prüfen Sie, ob es ggf. in dieser Richtlinie möglich ist, eine Verordnung von psychosozialen Leistungen wie Beratung, Krisenintervention oder weiteren präventiven und rehabilitativen Maßnahmen dort zu ergänzen.

Begründung: Die sozial bedingte gesundheitliche Chancenungleichheit hat inzwischen zu fatalen Entwicklungen in Deutschland geführt (z. B. kürzere Lebenserwartung Menschen in Armut, Exklusion von Menschen aus der medizinischen Versorgung). Es ist sinnvoll und erforderlich,

psychosoziale Versorgung auch im Rahmen der hausärztlichen Versorgung zu stärken. Gerade, um präventive und rehabilitative Aspekte zu fördern, ist folgerichtig eine weitere Verordnungsmöglichkeit zu ergänzen. Damit kann konstruktiv auf die bekannten Lücken im System, z. B. wegen unterschiedlicher Finanzierungslogiken des Gesundheits- und Sozialwesens reagiert werden. Die Entlastung von hausärztlichen Praxen und die langen Wartezeiten für Therapien können z. B. durch die Integration anderer Berufsgruppen in die Arztpraxis oder durch aufsuchende Sozialberatung massiv gestärkt und ermöglicht werden (vgl. Evaluationsergebnisse für Soziale Arbeit in Arztpraxen unter: <https://sozialegesundheits.de/>). Als eine erfolgversprechende Möglichkeit, soziale und emotionale Bedürfnisse von Personen zu berücksichtigen und Heilungsprozesse zu unterstützen, wird das social prescribing gesehen und in anderen Ländern umgesetzt. Dabei werden medizinische Behandlungen durch soziale Kontakte und Aktivitäten ergänzt, indem aus der hausärztlichen Versorgung heraus Maßnahmen verschrieben werden, die das soziale Miteinander fördern. Social prescribing kann von Fachkräften der Sozialen Arbeit in der Primärversorgung beispielsweise umgesetzt werden, wenn sie einen verzögerten oder ausbleibenden Heilungserfolg bei Patient*innen beobachten und einen Bedarf hinsichtlich nicht medizinischer Bedürfnisse feststellen.

Bitte schöpfen Sie bei der Anpassung der Richtlinie Regelungen die Möglichkeit aus, ‚Mischfinanzierungen‘ oder erweiterte Konzepte von integrierten Gesundheitszentren, Primärversorgungszentren, sektorenübergreifenden Versorgungszentren zu berücksichtigen und zu implementieren. Gerade bei psychisch erkrankten oder auch bei chronisch kranken oder pflegebedürftigen Menschen bestehen oftmals psychosoziale Beratungs- und Unterstützungsbedarfe (z. B. im Zusammenhang mit Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe, der Erschließung von existenzsichernden Leistungen oder zur Förderung der Gesundheitskompetenz). Um eine besser auf die Bedürfnisse der Patient*innen ausgerichtete Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, bedarf es eines multiprofessionellen Teams im Gesundheitswesen. Finanzierungsmöglichkeiten und erweiterte Konzepte sind zu initiieren, wobei auch die Beratungs- und Navigationskompetenzen der Sozialen Arbeit einen wertvollen Beitrag leisten kann [vgl. das Konzept des Integrierten Gesundheitszentrums (z. B. <https://www.igz-lichtenberg.de/Das-Integrierte-Gesundheitszentrum/>) oder von Primärversorgungszentren (z. B. <https://geko-berlin.de/>)] .

Gerne stehen wir mit unserer Expertise zur Verfügung, bringen uns in die Anhörung oder weiterführende Prozesse ein. Kontaktieren Sie mich darüber hinaus gerne, damit ich einen Austausch mit unserem Ansprechpartner aus dem Gesamtvorstand für den Bereich Psychiatrie, Dr. Franz-Peter Begher, initiieren.

Mit freundlichem Gruß

Elke Cosanne

Geschäftsführung

Deutscher Verein für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.

Haus der Gesundheitsberufe

Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin

T 030 394064541 | M 0151 59847490

F 030 394064545

elke.cosanne@dvsg.org

www.dvsg.org

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie Ihre Stellungnahme zur Synopse der Beschlussvorhaben zur KSVPsych-RL in die folgende Tabelle ein.

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF)
29.04.2025

Für allgemeine Anmerkungen steht Ihnen die folgende Tabellenzeile zur Verfügung.

Allgemeine Anmerkungen
Bei der KSVPsych-RL ist allgemein zu begrüßen, dass hier erstmals die Anreizstruktur im Sinne einer Förderung koordinierter Versorgung und geteilter Dokumentation angepasst wird, was ein sinnvoller Ansatz ist. Als zentrales Problem der RL sehen wir, dass sowohl vor der initialen Einführung als auch vor der hier vorliegenden Anpassung keine umfassende, systematische und unabhängige wissenschaftliche Untersuchung der Versorgungsdefizite und Herausforderungen erfolgte, welche die RL adressieren soll. So fällt zum Beispiel auf, dass die wissenschaftlich gut dokumentierten Probleme und Ansätze des initialen Zugangs („access to care“), der Frühintervention, der schweregradorientierten Ressourcenverteilung („stepped care“) oder auch der Erfordernis aufsuchender Behandlung in akuten Krisen und über diese hinaus (z.B. im Rahmen von „crisis resolution teams“ oder „assertive community treatment“) durch die RL nicht adressiert werden (World Health Organization 2022; OECD/EU 2018; DPtV German Psychotherapists Association 2021; Council of Experts on the Assessment of Developments in the Health Care System 2018; Härter 2017; Heddaeus 2018; Hölzel 2018, DGPPN 2019; Lambert 2020, Pantle 2024). Es wurden auch, sowohl initial wie auch bei dieser Anpassung, keine überprüfbaren, quantifizierbaren Versorgungsziele definiert, so dass unklar bleibt, ob die initiale Richtlinie und die vorgeschlagenen Änderungen ihren Zweck erreicht haben bzw. erreichen werden. Wir möchten daher anregen ... 1. eine systematische, unabhängige wissenschaftliche Untersuchung der Versorgungsdefizite und Herausforderungen der Versorgung schwer psychisch kranker Versicherter mit komplexen psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlungsbedarfen zu veranlassen. 2. darauf basierend quantifizierbare Versorgungsziele zu definieren. 3. anhand dieser Versorgungsziele dann die RL zu evaluieren und ggf. anzupassen.

Bitte wählen Sie aus, zu welchen Änderungen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten und fügen Sie diese unter „Stellungnahme“ und „Begründung“ ein. Bitte geben Sie ggf. auch an, auf welche Position (GKV-SV, KBV, DKG, PatV, alle) sich Ihre Stellungnahme bezieht.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 2 Absatz 2	<u>Definition der Patienten- gruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM		- Die Erweiterung um die Diagnosen des Kapitels F00 stellt eine sinnvolle Erweiterung der RL dar	- Für Patientinnen mit dementiellen Syndromen ist nach der S3-Leitlinie Demenzen ein Dementia Care Management (Empfehlung 53, DGN & DGPPN 2025) empfohlen und könnte somit im Rahmen der RL umgesetzt werden.
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2 § 3 Absatz 2 Satz 6 ff § 3 Absatz 9 Satz 7	<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzverbund ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG.			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.			
§ 3 Absatz 2 Satz 1	<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug			
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3) Nummer 4	<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	allen		
§ 3 Absatz 2 Satz 3	<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] (PatV		- Ein Absenken der Hürden könnte sinnvoll sein, um die Gründung von mehr Netzverbünden zu ermöglichen. Es sollte jedoch eine unabhängige systematische wissen-	- Aus wissenschaftlicher Sicht ist wenig nachvollziehbar, dass die Vernetzung mit Primärversorgern nicht geregelt ist, welche einen relevanten Teil auch der schwer psychisch

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	fünf] Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.		schaftliche Evaluation erfolgen, in welchem Umfang Netzverbünde bestehen und welche Hürden aktuell im Vordergrund stehen - Ein relevanter Teil der Versorgung auch von schwer psychisch Kranken erfolgt über Primärversorger. Die RL sollte eine Regelung enthalten, wie eine Vernetzung mit Primärversorgern erreicht werden kann.	Kranken Versicherten behandeln (Melchior 2014).
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)	<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/ent-			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	sprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.			
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]	<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).		Die Position der GKV-SV wird unterstützt.	Es ist nicht nachvollziehbar, warum für MVZ und BAG andere Bedingungen gelten sollen im Vergleich zu anderen Netzverbünden.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3	<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.	Allen	- Die Vorgabe „Kooperation mit Krankenhaus“ sollte nicht gelockert werden, sondern zunächst eine wissenschaftliche Untersuchung angestrebt werden, warum es möglicherweise nicht gelingt, ausreichend Krankenhäuser für die Netzverbünde zu gewinnen. - Der Hinweis auf die räumliche Nähe des Krankenhauses ist im Sinne der wohnortnahen Versorgung sehr zu begrüßen.	- Die Sektorisierung im deutschen Gesundheitswesen ist ein zentrales Hindernis für die Versorgung gerade schwer psychisch kranker Versicherter mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege 2018; Regierungskommission 2023; Wiegand 2020). - Die Einbeziehung von Krankenhäusern aufzugeben, die ja einen vereinfachten Informationsaustausch und Absprachen beinhaltet, ist für eine verbesserte Versorgung dieser Gruppe daher als hochgradig hinderlich anzusehen. - Wenn es nicht gelingt, ausreichend wohnortnahe Krankenhäuser für Netzwerke zu gewinnen, sollten erst die Gründe in einer Studie erforscht (Anreizprobleme? Datenschutz? IT-Infrastruktur?)

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				...) und anschließend eine Anpassung der RL derart diskutiert werden, damit es gelingt, die Krankenhäuser zu gewinnen, statt dieses Kriterium aufzugeben.
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7	<u>KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.	KBV	- Siehe oben: Dieser Änderungsvorschlag erscheint in Bezug auf eine Verbesserung der Versorgungssituation nicht sinnvoll.	- Siehe oben: Es fehlt eine systematische Untersuchung der Ursachen, warum keine Krankenhäuser gefunden werden. - „Ernsthaftes Bemühen“ ist nicht messbar und damit keine sinnvolle Formulierung.
§ 3 Absatz 6	<u>Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BpTK</u>	allen		
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2,	<u>Lockerung: Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6], § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertrags-partner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertrags-partner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4	einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.			
§ 3 Absatz 11	<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Er-	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	satzkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.			
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).			
§ 4 Absatz 1	<u>Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.</u>	allen		
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3	<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]	<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugssarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugssarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugssarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.			
§ 4 Absatz 3 Nummer 2	Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugssarztes/-Psychotherapeuten.</u>	allen	Das DNVF schließt sich den Änderungsvorschlägen an.	Fallbesprechungen als Kernaufgabe in teambasierter Behandlung, Initiierung durch den Bezugssarzt/-therapeuten sinnvoll.
§ 6 Absatz 1 Nr. 2	<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von		Das DNVF schließt sich dem Vorschlag der DKG-SV/DKG an.	Wissenschaftlich ist eine rasche Initiierung der Versorgung bei

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	GKV-SV/DKG: sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV: zwei Wochen.			neu schwer erkrankten Patientinnen und Patienten sinnvoll (Z.B. Clark 2018).
§ 6 Absatz 1 Nummer 3	<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV: sieben Werktagen (wie bisher), KBV: vier Wochen.		Das DNVF schließt sich dem Vorschlag der DKV-SV/DKG an.	s.o.
§ 6 Absatz 1 Nummer 5	<u>Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.</u>		- Es sollte hier ergänzt werden: „eine einheitliche verständliche Patientenkommunikation (partizipative Entscheidungsfindung, unterstützte Kommunikation) gewährleistet ist ...“	Eine einseitige Patientenkommunikation von Behandlern zu Patienten ist ein veraltetes Konzept, da so nicht in der RL verankert werden sollte (Vgl.Aoki 2022, DGPPN 2019)
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6	<u>Telematikinfrastruktur:</u> Die Kommunikation der Netzwerkmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.	allen		
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u>			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).			
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)	<u>KBV:</u> <u>Niedrigschwellige Gruppenangebote</u> Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.	<u>KBV</u>	- Hier sollte ergänzt werden: „niederschwellige evidenzbasierte Gruppenangebote“	Es sollten nur evidenzbasierte Gruppenformate angeboten werden (DGPPN 2019).
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)	<u>PatV:</u> <u>Lockerung Qualitätsvorgaben</u> Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. <u>GKV-SV/KBV/DKG:</u> <u>Beibehaltung der bisherigen Vorgaben,</u> dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und einge-	<u>PatV</u>	Das DNVF schließt sich dem Vorschlag der DKV-SV/KBV/DKG an.	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	halten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.			
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3	<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		Das DNVF schließt sich dem Vorschlag der GKV-SV/DKG an.	- Für eine umfassende Differentialdiagnostik einschl. einer somatischen Ausschlussdiagnostik ist eine fachärztliche Sicht erforderlich (bspw. Jepesen 2019, Pollak 2020) - Eine vertiefende psychologisch/psychotherapeutische Differentialdiagnostik könnte insbesondere bei komplexen psychischen Erkrankungen (z.B. komplexe PTBS, Persönlichkeitsstörungen etc.) zusätzlich nützlich sein.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.			
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]	GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.	GKV-SV	Das DNVF schließt sich dem Vorschlag der GKV-SV an.	- Es gibt bei Erkrankungen (z.B. schweren Depressionen, Schizophrenien), wo dies gemäß Leitlinien eindeutig indiziert ist, gerade bei schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Behandlungsbedarf Hinweise auf eine hochgradige Unterversorgung mit Psychotherapie (Melchior 2014; Wiegand 2020) (bzw. bei Erkrankungen aus dem Schizophrenie-Spektrum erhebliche Forschungdefizite bzgl. der Versorgungssituation).
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1	Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.	allen		
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]	GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.	GKV-SV		
§ 9 Absatz 1	Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwi-	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	schen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).			
§ 11 Absatz 1	Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ wird gestrichen	allen		
§ 11 Absatz 6	Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.	allen		

Literatur

Aoki, Yumi; Yaju, Yukari; Utsumi, Tomohiro; Sanyaolu, Leigh; Storm, Marianne; Takaesu, Yoshikazu et 132 al. (2022): Shared decision-making interventions for people with mental health conditions. In: The 133 Cochrane database of systematic reviews 11 (11), CD007297. DOI: 134 10.1002/14651858.CD007297.pub3.

Clark DM, Canvin L, Green J, Layard R, Pilling S, Janecka M. (2018) Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. Lancet;391:679–86. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32133-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32133-5).

Council of Experts on the Assessment of Developments in the Health Care System (2018) Demand-oriented management of health care. Report 2018. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf.

DGN e. V. & DGPPN e. V. (Hrsg.) (2025) S3-Leitlinie Demenzen, Version 5.1, 28.03.2025, verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-013>.

DGPPN e. V. (Hrsg.) für die Leitliniengruppe (2022) S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung. Version 1.0 vom 14.11.2022 verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien>.

DGPPN e.V. (2019). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. 2. Auflage, Berlin: Springer (AWMF-Registernummer 038-020)

DPTV German Psychotherapists Association (2021) Report Psychotherapy 2021. https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Report_Psychotherapie/DPTV_Report_Psychotherapie_2021.pdf.

Härter, M., Watzke, B., Daubmann, A., Wegscheider, K., König, H.H., Brettschneider, C., Liebherz, S., Heddaeus, D. & Steinmann M. (2018). Guideline-based stepped and collaborative care for patients with depression in a cluster-randomised trial. Scientific Reports UK, 20, 8(1), 9389. IF: 4.122 (2017)

Heddaeus, D., Steinmann, M., Daubmann, A., Härter, M. & Watzke, B. (2018). Treatment selection and treatment initialization in guideline-based stepped and collaborative care for depression. PLoS One, 13 (12), e0208882.

Hölzel, L. P., Bjerregaard, F., Bleich, C., Boczor, S., Härter, M., König, H-H., Kloppe, T., Niebling, W., Scherer, M., Tinsel, I. & Hüll, M. (2018). Coordinated treatment of depression in elderly people in primary care. Deutsches Ärzteblatt International, 115(44), 741-747.

Jeppesen R, Benros ME (2019) Autoimmune Diseases and Psychotic Disorders. Front Psychiatry. Mar 20;10:131. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00131. PMID: 30949074; PMCID: PMC6435494.

Lambert, M., König, H., Karow, A., König, H. H., Rohenkohl, A., Luedecke, D., Schröter, R., Finter, C., Tlach, L., Schindler, A., Peter, H., Scherer, M., Mews, C., Härter, M., Bindt, C., Löwe, B., Briken, P., Peper, H., Schweiger, M., Mösko, M., Bock, T., Deister, A., Correll, C. U., Ozga, A. K., Pepić, A., Zapf, A., Gallinat, J., Peth, J., Konnopka, A. & Schulz, H. (2024). Stepped, evidence-based and integrated care service model vs. usual care for mental disorders: A randomized controlled trial (RECOVER). Psychiatry Research, 339, 116007. 10.1016/j.psychres.2024.116007. Linden M, Zänker I, Solvie J, Rose M (2021) Ambulante Versorgung: Erreichbarkeit von Psychotherapeuten. Dtsch Arztebl; 118 (5): A 252–4

Melchior H, Schulz H, Härter M (2014). Faktencheck Gesundheit 2014:1–144.

OECD/EU (2018). Health At a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris.
https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.

Pantle V, Maier L, Schmalbach I, Engesser D, Lieb K, Wiegand HF and Singer S (2024) „Wie soll mir denn eine Therapie helfen, wenn ich schon daran scheitere, sie mir zu organisieren?“. Eine qualitative Studie zu Erfahrungen von Therapiesuchenden einer ambulanten Psychotherapie. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie; 53:35–43. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000752>.

Pollak TA, Lennox BR, Müller S, Benros ME, Prüss H, Tebartz van Elst L, Klein H, Steiner J, Frodl T, Bogerts B, Tian L, Groc L, Hasan A, Baune BT, Endres D, Haroon E, Yolken R, Benedetti F, Halaris A, Meyer JH, Stassen H, Leboyer M, Fuchs D, Otto M, Brown DA, Vincent A, Najjar S, Bechter K (2020) Autoimmune psychosis: an international consensus on an approach to the diagnosis and management of psychosis of suspected autoimmune origin. Lancet Psychiatry. Jan;7(1):93-108. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30290-1. Epub 2019 Oct 24. Erratum in: Lancet Psychiatry. 2019 Dec;6(12):e31. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30439-0. PMID: 31669058.

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Achte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung - Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie („Psych-Fächer“): Reform und Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung 2023.

Sachverständigenrat Gesundheit&Pflege (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf

World Health Organization (2022). World mental health report. Transforming mental health for All. World Health Organization, Geneva.
<https://www.who.int/publications/item/9789240049338>.

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie Ihre Stellungnahme zur Synopse der Beschlussvorhaben zur KSVPsych-RL in die folgende Tabelle ein.

Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB)
29.4.2025

Für allgemeine Anmerkungen steht Ihnen die folgende Tabellenzeile zur Verfügung.

Allgemeine Anmerkungen
Wir freuen uns, dass einige unserer Kritikpunkte in der Diskussion zur Anpassung der KSVPsych-RL berücksichtigt wurden!

Bitte wählen Sie aus, zu welchen Änderungen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten und fügen Sie diese unter „Stellungnahme“ und „Begründung“ ein. Bitte geben Sie ggf. auch an, auf welche Position (GKV-SV, KBV, DKG, PatV, alle) sich Ihre Stellungnahme bezieht.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 2 Absatz 2	<u>Definition der Patienten- gruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM		Für eine Erweiterung auf die Diagnosegruppe F00 (KBV/DKG)	Gerade bei Demenzerkrankten ist eine Koordination und Abstimmung zwischen den verschiedenen an der Behandlung Beteiligten essentiell. Insofern ist nicht nachvollziehbar, dass gerade Pat. dieser Diagnosegruppe von der Komplexversorgung ausgeschlossen werden.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2 § 3 Absatz 2 Satz 6 ff § 3 Absatz 9 Satz 7	<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzwerk ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.		Beibehaltung der bisherigen Regelung wie Pat.V	Ein/e MVZ/BAG ist eine Institution und kein Netzwerk. Wichtig erscheint uns auch eine Absicherung vor investorengeführten MVZs mit angeschlossenem Pflegedienst oder Ergotherapiepraxis. Dies entspricht in keiner Weise der ursprünglichen Intention der KSVPsych-RL, die Vernetzung <u>in einem Versorgungsgebiet</u> zu fördern.
§ 3 Absatz 2 Satz 1	<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug		Kein Einbezug wie bei Position GKV/KBV	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3) Nummer 4	<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	allen	Zustimmung	Ergibt sich aus Psychotherapeutengesetz
§ 3 Absatz 2 Satz 3	<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] (PatV fünf) Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.		Zustimmung zum Vorschlag GKV/KBV/DKG: 6 Fachärzte und PT, von denen jeweils mind. zwei FÄ und mind. 2 Psychotherapeut*innen sind	Gerade im ländlichen Raum wie z. B. in Brandenburg ist die Anforderung von 10 FÄ und PT deutlich zu hoch gegriffen und erschwert insofern unnötig die Gründung eines Netzverbunds.
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2] : Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-	<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund		Eigener Vorschlag: Ein FA im Netzverbund verfügt über einen vollen Versorgungsauftrag und ein PT über ½ Versorgungsauftrag	In der Realität verfügt eine relativ hohe Anzahl von Psychotherapeut*innen nur über ½ Versorgungsauftrag. Diese sollten aber dennoch einen Anreiz haben, an einem Netzverbund teilzunehmen und sollten auch die Möglichkeit

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
psychotherapeut wird gestrichen)	verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.			haben, Bezugstherapeut*in zu werden.
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]	<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer		GKV: Für MVZs und BAGs gelten dieselben Anforderungen wie für alle Netzverbünde	Siehe unsere Begründung oben. Es geht vorrangig um die Vernetzung in einer Versorgungsregion, nicht um die „Vernetzung“ in einem MVZ oder einer BAG.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).			
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3	<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.	allen	Zustimmung	Da es immer um die regionale Vernetzung geht, gilt dieses Prinzip der Regionalität auch für die Kooperation mit einem Krankenhaus.
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7	<u>KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und	KBV	KBV Regelung	Krankenhäuser, die nicht kooperieren wollen, sollten nicht die Möglichkeit haben, auf die Weise die Gründung eines Netzverbunds verhindern. Ein Zeitraum von 3 Monaten erscheint angemessen, um in Gesprächen etwaige Bedenken des Krankenhauses auszuräumen.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.			
§ 3 Absatz 6	<u>Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPtK</u>	allen	Zustimmung	
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6] , § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4	<u>Lockerung: Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.	allen	Es muss geklärt werden, wie die Regelung bei <u>bestehenden</u> Netzverbünden sein soll.	Eine Schlechterstellung bestehender Netzverbünde sollte vermieden werden.
§ 3 Absatz 11	<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u>	allen	Zustimmung	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Erstszkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.			
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist.		KBV/DKG: Regelung wie bisher	Die aktuellen Routinen, die sich zwischen den Netzverbünden und der jeweiligen KV etabliert haben, sollten beibehalten werden. In Berlin wird z.B. die Liste der Netzverbundmitglieder bei jeder Änderung an die KV übermittelt.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).			
§ 4 Absatz 1	<u>Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.</u>	allen	Zustimmung	
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3	<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugssarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>	allen	Zustimmung!	Die alte Regelung, wonach eine Bezugssarzt*n/-psychotherapeut*in über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen muss, hat bislang viele engagierte und interessierte Kolleg*innen ausgeschlossen und hat sich als nicht praktikabel erwiesen.
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]	<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugssarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugssarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche.		Zustimmung zum KBV-Vorschlag: Klargestellt werden sollte, dass die Erreichbarkeit <u>der Praxis</u> gemeint ist.	Die Erreichbarkeit <u>der Praxis</u> ist gerade im Falle von auftretenden Krisen äußerst wichtig und entscheidend.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.			
§ 4 Absatz 3 Nummer 2	Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten.</u>	allen	Zustimmung	Hierbei handelt es sich eine originäre Aufgabe der Bezugsärzt*in, auch wenn die Organisation des konkreten Termins für die Fallbesprechung dann z. B. an die Koordinator*in delegiert werden kann.
§ 6 Absatz 1 Nr. 2	<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG: sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV: zwei Wochen.		KBV: 2 Wochen	Dies ist eine klare und i.d.R. auch praktikable Regelung
§ 6 Absatz 1 Nummer 3	<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV: sieben Werktagen (wie bisher), KBV: vier Wochen.		KBV: 4 Wochen	<u>S.O.</u>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 6 Absatz 1 Nummer 5	<u>Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.</u>			
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 Fehlt hier trotz Änderung in der Synopse!	eine einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation unter Wahrung der datenschutzrechtlichen sowie berufsrechtlichen Bestimmungen erfolgt	??	Eine <u>einheitliche</u> Befund- und Behandlungsdokumentation sollte weiterhin gewährleistet sein.	An dieser Stelle sollte der hohe Standard für die Ambulante Komplexbehandlung nicht abgesenkt werden. Wie im stationären Bereich sollte dies auch in der vernetzten ambulanten Behandlung gegeben sein.
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6	<u>Telematikinfrastruktur</u> : Die Kommunikation der Netzwerkmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.	allen	Zustimmung.	Dies sollte aber nicht obligatorisch sein.
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV : Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV : Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).		KBV: mind. einmal im Quartal	Gerade bei längerandauernden Komplexbehandlungen ist eine Fallbesprechung einmal im Quartal ausreichend. Zu Beginn der Behandlung können ggf. engmaschigere Fallbesprechungen durchgeführt werden.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)	<u>KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote</u> Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.	<u>KBV</u>	Zustimmung	Um die knappen Ressourcen und Kapazitäten der Fachärzt*innen, Psychotherapeut*innen und auch der Leistungserbringer sinnvoll einzusetzen, sind niedrigschwellige Gruppenangebote sehr sinnvoll.
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)	<u>PatV: Lockerung Qualitätsvorgaben</u> Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagement-verfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. <u>GKV-SV/KBV/DKG: Beibehaltung der bisherigen Vorgaben</u> , dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.	<u>PatV</u>	Beibehaltung der bisherigen Vorgaben	Hier sollten keine Abstriche gemacht werden. Gerade die berufsübergreifenden Fortbildungen sind für die Kooperation und Kommunikation der Netzwerkmitglieder und Kooperationspartner untereinander unerlässlich.
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in	<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u>		Keine Änderung der bisherigen Regelungen notwendig	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3	GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.			
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]	GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.	GKV-SV	Ablehnung	Angsichts der knappen Ressourcen in der Psychotherapie ist dieser Vorschlag nicht sinnvoll und auch nicht praxistauglich.
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1	Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.	allen	Einschub nach „berücksichtigt“: ...und gelten ggf. auch als als 2. LE (z. B. BEW, Einzelfallhilfe), ohne dass weitere Verordnungen im SGB V erforderlich sind.	Eine engmaschige Betreuung im-BEW erfolgt i.d.R. bei dieser Zielgruppe qualitätsgesichert durch Pflegekräfte, Sozialpädagog*innen etc.. Hier ist eine enge Kooperation sinnvoll und kann wiederum Kapazitäten im SGB V Bereich schonen. Zudem bestehen inhaltlich große

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Gemeinsamkeiten zwischen z.B. BEW/Einzelfallhilfe und Soziotherapie; eine parallele Verordnung ist weder sinnvoll, noch (kosten-)effektiv
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]	GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.	GKV-SV	Ablehnung	Weiterhin fehlen digitale Möglichkeiten zur Übermittlung der Daten an die Krankenkassen. Im Gegenteil sollte die Anzeigepflicht auch des Behandlungs <u>beginns</u> gestrichen werden, bis entsprechende digitale Muster bzw. Prozesse etabliert sind.
§ 9 Absatz 1	Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).	allen	??? Zustimmung	Nur fakultativ, nicht obligat
§ 11 Absatz 1	Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ wird gestrichen	allen	Zustimmung	
§ 11 Absatz 6	Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus	allen	Zustimmung	Dies sollte jedoch nicht obligatorisch sein.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.			

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie Ihre Stellungnahme zur Synopse der Beschlussvorhaben zur KSVPsych-RL in die folgende Tabelle ein.

DGVT-Berufsverband Psychosoziale Berufe e.V.
28.04.2025

Für allgemeine Anmerkungen steht Ihnen die folgende Tabellenzeile zur Verfügung.

Allgemeine Anmerkungen

Bitte wählen Sie aus, zu welchen Änderungen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten und fügen Sie diese unter „Stellungnahme“ und „Begründung“ ein. Bitte geben Sie ggf. auch an, auf welche Position (GKV-SV, KBV, DKG, PatV, alle) sich Ihre Stellungnahme bezieht.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 2 Absatz 2	<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM		Wir schließen uns der Position von GKV-SV/PatV an.	Einteilung hat sich bewährt. Wir streben daher keine Erweiterung des Diagnosespektrums an.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2 § 3 Absatz 2 Satz 6 ff § 3 Absatz 9 Satz 7	<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzverbund ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.		Als Verband nehmen wir hier die versorgungspolitische Sichtweise ein und plädieren für die Teilnahme von zugelassenen und ermächtigten Leistungserbringer*innen.	Verbesserung der Versorgung
§ 3 Absatz 2 Satz 1	<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug		Auch hier plädieren für die Möglichkeit der Hinzuziehung von ermächtigten Leistungserbringer*innen.	Verbesserung der Versorgung

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3) Nummer 4	<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	allen	Zustimmung	Sicherung der Qualität der psychotherapeutischen Versorgung
§ 3 Absatz 2 Satz 3	<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzwerk</u> Der Netzwerk umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] (PatV fünf) Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.		Zustimmung	Erleichterung der Gründung von Netzwerkverbänden. Sicherstellung der flächendeckenden Verbreitung von Netzwerkverbänden.
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller	<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzwerk:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzwerk verfügen jeweils		Wir schließen uns der Position der KBV an.	Flexibilisierung der Verbände.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/- psychotherapeut wird gestrichen)	über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprech ende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund- Mitgliedern sind zulässig.			
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]	<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem		Wir teilen die differenzierte Position von KBV/DKG.	Keine Absenkung des Niveaus für MVZ/BAG.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).			
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3	<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.	allen	Zustimmung	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7	<u>KBV:</u> Ausnahmeregel von <u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.	KBV	Zustimmung	Zur Sicherung der Umsetzung der Richtlinie insbesondere in schwach versorgten Gebieten.
§ 3 Absatz 6	<u>Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPtK</u>	allen	Zustimmung	
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6], § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertragspartner),	<u>Lockerung:</u> <u>Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen,	allen	Zustimmung	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4	z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.			
§ 3 Absatz 11	<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den Landeskrankenhausesgesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche	allen	Zustimmung	Transparenz für Versicherte ist äußerst wichtig und muss sichergestellt sein in der Richtlinie.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	des Nationalen Gesundheitsportals.			
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).		Für Position von GKV-SV/PatV	Transparenz für Versicherte sicherstellen.
§ 4 Absatz 1	<u>Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.</u>	allen	Zustimmung	
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3	<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugssarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>	allen	Zustimmung	
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]	<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugssarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.			
§ 4 Absatz 3 Nummer 2	Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten.</u>	allen	Zustimmung	Eine auskömmliche Bezahlung ist hier anzustreben.
§ 6 Absatz 1 Nr. 2	<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG: sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV: zwei Wochen.		Zustimmung KBV/PatV	Kürzere Frist zwar wünschenswert, aber nicht realistisch in der Praxis.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 6 Absatz 1 Nummer 3	<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV : sieben Werktagen (wie bisher), KBV : vier Wochen.		Zustimmung KBV-Position	Andere Frist in Anbetracht der Versorgungslandschaft nicht realistisch.
§ 6 Absatz 1 Nummer 5	<u>Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.</u>		Zustimmung	Patient*innenorientierung ist aus Sicht unseres Verbands wichtig.
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6	<u>Telematikinfrastruktur:</u> Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.	allen	Zustimmung	
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV : Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal,		Zustimmung KBV-Position	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).			
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)	<u>KBV:</u> <u>Niedrigschwellige Gruppenangebote</u> Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.	<u>KBV</u>	Zustimmung	
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)	<u>PatV:</u> <u>Lockerung Qualitätsvorgaben</u> Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. <u>GKV-SV/KBV/DKG:</u> <u>Beibehaltung der bisherigen Vorgaben,</u> dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen	<u>PatV</u>	Ablehnung Position PatV	Qualitätsvorgaben sollten beibehalten werden.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	innerhalb des Netzverbundes erfolgt.			
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3	<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im		Zustimmung Position KBV	Multiprofessionelle Arbeit ist im Sinne der Richtlinie.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.			
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]	GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.	GKV-SV	Zustimmung	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1	Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.	allen	Zustimmung	Trägt Vernetzungsgedanken Rechnung. Parallelbehandlungen können transparent gemacht werden.
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]	GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.	GKV-SV	Zustimmung	Schafft Transparenz
§ 9 Absatz 1	Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).	allen	Ablehnung	Überregulierung vermeiden, keine weiteren bürokratischen Hürden schaffen.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 11 Absatz 1	Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ wird gestrichen	allen		
§ 11 Absatz 6	Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.	allen		



Dachverband
Deutschsprachiger
PsychosenPsychotherapie

DDPP Stromstr. 3b, 10555 Berlin www.ddpp.eu

Frau

Dr. E. Pfenning

Abteilung Methodenbewertung und veranlasste Leistungen

Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V

UA "Psychotherapie und psychiatrische Versorgung"

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Berlin, 29.04.2025

Stellungnahme

zur Anpassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) des GBA

Sehr geehrte Frau Köhrs,

Sehr geehrte Frau Dr. Pfenning,

wir danken für die Möglichkeit einer Stellungnahme des DDPP e.V..

Unsere Stellungnahme und die jeweiligen Begründungen finden Sie eingetragen in den von Ihnen vorgefertigten Bogen (als Word und als pdf Dokument angehängt). Prinzipiell begrüßen wir die Änderungen, welche die Anforderungen an die Verbünde etwas reduzieren, ohne die Qualität der Versorgung zu gefährden, weiterhin erscheint das Konstrukt selbst eine Hürde.

Explizit ist das Zulassen von Teilzeitstellen aus unserer Sicht notwendig, und wir würden gerne noch einmal daran erinnern, dass insbesondere Patient:innen aus dem schizophrenen Formenkreis erheblich von aufsuchender Behandlung und dem Einsatz von Genesungsbegleiter:innen profitieren, die leider in der Richtlinie keinerlei Erwähnung finden.

Danke Ihnen für Ihre Arbeit und Koordination,

mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Dorothea von Haebler

Für den Vorstand des DDPP e.V.

Prof. Dr. med. Dorothea von Haebler
Vorsitzende

Interdisziplinäre Psychosentherapie
International Psychoanalytic University Berlin
GmbH

Roswitha Hurtz

Stellvertretende Vorsitzende

kbo-Isar-Amper-Klinikum
München-Ost
roswitha.hurtz@kbo.de

Prof. Dr. phil. Stefan Klingberg

Stellvertretender Vorsitzender

Universitätsklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie, Tübingen
stefan.Klingberg@med.uni-tuebingen.de

Prof. Dr. phil. Thomas Bock

Beisitzer

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Hamburg
bock@uke.de

Prof. Dr. med. Christiane Montag

Beisitzerin

Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im
St. Hedwig-Krankenhaus, Berlin
christiane.montag@charite.de

Prof. Dr. rer. medic. Moritz Petzold

Beisitzer

MSB Medical School Berlin
Hochschule für Gesundheit und Medizin
moritz.petzold@medschool-berlin.de

Dr. rer. medic. Hendrik Müller

Beisitzer

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Uniklinik Köln
hendrik.mueller@uk-koeln.de

Sekretariat:

Yasmin Ritschl
DDPP e.V.
Stromstr. 3b
10555 Berlin
Fax: 030-700143-4346
yasmin.ritschl@ddpp.eu

Steuernummer 27/663/62013

Eingetragen im Vereinsregister
Berlin-Charlottenburg VR 30937

Bankverbindung:

IBAN: DE56 3006 0601 0008 6910 29
BIC: DAAEDED3
Deutsche Apotheker- und Ärztebank

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie Ihre Stellungnahme zur Synopse der Beschlussvorhaben zur KSVPsych-RL in die folgende Tabelle ein.

DDPP e.V.
29.04.2025

Für allgemeine Anmerkungen steht Ihnen die folgende Tabellenzeile zur Verfügung.

Allgemeine Anmerkungen
Wir begrüßen die Richtung der Änderungen, die das Anbieten von Komplexleistungen niedrigschwelliger ermöglicht, da aus unserer Sicht eher mehr, als weniger Komplexleistungsangebote eingerichtet werden müssten. Die Hürden in der Umsetzung sind erheblich und viele davon nicht sinnvoll. Die Qualität des Angebots darf durch die Niedrigschwelligkeit nicht eingeschränkt sein. Wie in unserer ursprünglichen Stellungnahme sehen wir es als dringend notwendig an, auch Teilzeitstellen zuzulassen, was in den Änderungen ebenfalls enthalten ist. Wir würden für die Komplexleistungen im Hinblick auf schwer und komplex psychisch Kranke begrüßen, wenn die Notwendigkeit weitergehender Maßnahmen mit aufgenommen würde: Aufsuchende Teams, Öffnung Krankenhausfinanzierung, vor allem aber die Integration von Genesungsbegleitern.

Bitte wählen Sie aus, zu welchen Änderungen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten und fügen Sie diese unter „Stellungnahme“ und „Begründung“ ein. Bitte geben Sie ggf. auch an, auf welche Position (GKV-SV, KBV, DKG, PatV, alle) sich Ihre Stellungnahme bezieht.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 2 Absatz 2	<u>Definition der Patientengruppe:</u>		Die Öffnung für F00 Patienten findet unsere Zustimmung	Text aus der ursprünglichen Stellungnahme: <i>Die Priorisierung schwer psychisch Kranker bei dieser</i>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM			<i>Versorgungsform sollte betont werden. Nur so kann verhindert werden, dass diese PatientInnen erneut die strukturellen VerliererInnen des Versorgungssystems werden. Die Unterversorgung schlägt sich in ungünstigen Krankheitsverläufen und verkürzter Lebenserwartung nieder. Die üblichen ambulanten Versorgungsstrukturen können aufgrund der Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung bzw. krankheitsimmanent oft nicht genutzt werden. Bestimmte PatientInnen erhalten die notwendigen Komplexleistungen so nur im stationären Status. Bei dieser Beschreibung sind Pat der F00 Gruppe mit einzubeziehen. Alterstruktur und Komorbidität lässt es kaum zu, das F00 Patienten ausgeschlossen werden.</i>
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2 § 3 Absatz 2 Satz 6 ff § 3 Absatz 9 Satz 7	<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzwerk ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur		Wir schliessen uns der Hinzunahme von MVZ und örtlichen BAGs an.	Je breiter die kompetente Aufstellung erfolgt, desto mehr Patienten können mit Komplexleistungen behandelt werden.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.			
§ 3 Absatz 2 Satz 1	<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug			
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3) Nummer 4	<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 2 Satz 3	<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzwerk</u> Der Netzwerk umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] (PatV fünf) Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.		Wir schliessen uns der PatV mit fünf FÄ und PT an.	Das niedrigschwelligste ist das, was wir bevorzugen,
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2] : Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)	<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzwerk:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzwerk verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzwerk verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag.		Wir schliessen uns der DKG / PatV an,	es ist marktgerecht, halbe Versorgungsaufträge zuzulassen, und erhöht die Chance, so einen Netzwerk überhaupt zu ermöglichen.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.			
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]	<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber		Wir schliessen uns der Aussage an, dass die MVZ und BAG gleiche Anforderungen wie andere NV erfüllen sollten	Die Anforderungen sollen insgesamt leichter erfüllbar sein, es erschliesst sich nicht, warum für MVZ geringere Anforderungen gelten sollen.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).			
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3	<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.	allen		
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7	<u>KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus	KBV	Wir schliessen uns der Änderung der KBV an	Wir gehen davon aus, dass die erforderte Kooperation mit dem Krankenhaus wohl oft blockierend gewirkt hat. Die Versorgungsverpflichtung gilt ja in jedem Fall. KBV-Position erscheint daher angemessen.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.			
§ 3 Absatz 6	<u>Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPtK</u>	allen		
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6] , § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4	<u>Lockerung:</u> <u>Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 11	<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.	allen		
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u>			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).			
§ 4 Absatz 1	<u>Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.</u>	allen		
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3	<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugssarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>	allen		
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]	<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugssarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugssarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von		Wir schliessen uns der DKG/PatV an	Eine genaue Vorgabe erscheint eine Überregulierung. Die breitere Aufstellung erscheint realitätsnäher und somit machbarer.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.			
§ 4 Absatz 3 Nummer 2	Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten.</u>	allen		
§ 6 Absatz 1 Nr. 2	<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG: sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV: zwei Wochen.			
§ 6 Absatz 1 Nummer 3	<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV: sieben Werktagen (wie bisher),			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	KBV: vier Wochen.			
§ 6 Absatz 1 Nummer 5	<u>Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.</u>			
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6	<u>Telematikinfrastruktur:</u> Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.	allen		
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).		Frequenz wie bisher mindestens zweimal im Quartal	Da es sich um schwer und komplex erkrankte Menschen handelt, ist eine Besprechung zwei mal im Quartal notwendig.
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)	<u>KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote</u> Niedrigschwellige Gruppenangebote als	<u>KBV</u>		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.			
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)	<u>PatV: Lockerung Qualitätsvorgaben</u> Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. <u>GKV-SV/KBV/DKG: Beibehaltung der bisherigen Vorgaben, dass</u> Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.	<u>PatV</u>		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3	<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung		Eine Regelung erscheint in erster Linie einengend und erschwert die Abläufe.	Für die notwendige Niedrigschwelligkeit bei schweren und komplexen psychischen Störungen sollten hier möglichst wenige Vorgaben stehen. Wie bei dem

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	(Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die			Zusatz steht: Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. Heißt: <i>Bezugsarzt</i> /-psychotherapeut muss berufsrechtlich ohnehin für eine leitliniengerechte Diagnostik sorgen und die erforderlichen Maßnahmen organisieren oder anbieten. Das betrifft eine differenzierte Diagnostik und das Hinzuziehen anderer Disziplinen, wenn nötig und wenn der Patient es zulässt.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.			
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]	GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.	GKV-SV	Diesen Zusatz unterstützen wir, wobei unklar ist, was eingebunden sein bedeutet. S. Erläuterung	Gerade bei komplex und schwer erkrankten wird viel zu häufig auf psychotherapeutische Behandlung verzichtet, dabei ist sie z.B. bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis evidenzbasiert und wirksam. Eine psychotherapeutische Indikationsstellung muss erfolgen, eine Behandlungsbeteiligung jedoch nur, wenn indiziert und vom Pat. gewünscht.
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1	Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.			
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]	GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.	GKV-SV	Diesen Zusatz unterstützen wir bedingt	Der Behandlungsbeginn muss angegeben werden, das Behandlungsende anzuzeigen wird den meisten psychiatrisch komplex und schwer erkrankten Patienten nicht gerecht, ein tatsächliches Behandlungsende, was es manchmal aber nicht immer gibt, sollte angezeigt werden.
§ 9 Absatz 1	Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).	allen		
§ 11 Absatz 1	Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ wird gestrichen	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 11 Absatz 6	Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.	allen		

25.03.2025

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie Ihre Stellungnahme zur Synopse der Beschlussvorhaben zur KSVPsych-RL in die folgende Tabelle ein.

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)
29.04.

Für allgemeine Anmerkungen steht Ihnen die folgende Tabellenzeile zur Verfügung.

Allgemeine Anmerkungen
Die DGSP begrüßt es, wenn durch erleichterte Zugänge zur Bildung von Netzwerken eine bessere Versorgung für schwer psychisch kranke Menschen erreicht werden und vor allem mehr Menschen Zugang zu diesen Leistungen haben.
Auch wenn hier ausschließlich um SGB V-Leistungen geregelt werden, sollten die Netzwerke der Gemeindepsychiatrischen Verbünde stetig mitgedacht und im Sinne der Versicherten genutzt werden.

Bitte wählen Sie aus, zu welchen Änderungen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten und fügen Sie diese unter „Stellungnahme“ und „Begründung“ ein. Bitte geben Sie ggf. auch an, auf welche Position (GKV-SV, KBV, DKG, PatV, alle) sich Ihre Stellungnahme bezieht.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 2 Absatz 2	<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM,		Die Richtlinie sollte auch die F00 Diagnosen mitumfassen	Der Einbezug von Menschen mit Demenz ist aufgrund des komplexen Behandlungsbedarfs sinnvoll. Hinweise gibt die überarbeitete S3-Leitlinie

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM			Demenz – insbesondere multiprofessionelle nicht medikamentöse Interventionen.
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2 § 3 Absatz 2 Satz 6 ff § 3 Absatz 9 Satz 7	<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzverbund ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.		Beibehaltung der bisherigen Regelungen, keine Ergänzungen zu MVZ/BAG	MVZ und BAG als eigenständige Versorgungseinheiten können kein eigenes Netzwerk im Sinne der KSV Psych bilden.
§ 3 Absatz 2 Satz 1	<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte)		Zustimmung	Die DGSP unterstützt die PatV, doe Regelung um „ermächtigte“ Leistungserbringer:innen zu erweitern.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug			
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3) Nummer 4	<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	allen	Zustimmung	
§ 3 Absatz 2 Satz 3	<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] (PatV fünf) Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.	<u>PatV</u>	Die DGSP unterstützt die Position der PatV.	Eine geringere Zahl von Fachärzten und Fachärztinnen sowie Psychotherapeut:innen erleichtert die Bildung von Netzwerken und macht es vor allem für ländliche Regionen realistischer, diese aufzubauen und aufrecht zu erhalten und gemeindenah zu ermöglichen.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/- psychotherapeut wird gestrichen)	<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.	PatV	Ein Facharzt verfügt über einen vollen und ein Psychotherapeut mindestens über einen halben Versorgungsauftrag. Dem ist zuzustimmen.	Die bisherige Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrages für die bezugsärztliche Tätigkeit von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen erwies sich im ersten Zwischenbericht zur Evaluation als Umsetzungshindernis für die Bildung von Netzverbünden, da diese häufig nicht über volle Versorgungsaufträge verfügen (vgl. Ausführungen zu § 4 Absatz 1). Eine Umsetzung wird praktikabler und realistischer.
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]	<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben		Lehnen wir ab (s.o.)	MZV und BAG können nicht alleinige Netzwerkträger sein

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).			
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3	<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern	Allen	Wir begrüßen die Lockerung.	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	<i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.			
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7	<u>KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.	KBV	Alternativ ein Konzept für Krisendienste vorzuhalten, ist zu befürworten. Ein Zeitraum von 3 Monaten erscheint dabei als sehr kurz gefasst. Es kann schwierig sein, ein Krankenhaus am Verbund zu beteiligen. Das Bemühen sollte sich über einen längeren Zeitraum erstrecken können.	Grundsätzlich sollten Krankenhäuser verpflichtend beteiligt werden, aber Ausnahmen müssen unter bestimmten Bedingungen ermöglicht werden. In solchen Fällen sollte ein zwingendes Konzept inkl. einer passenden Krisenversorgung außerhalb des Krankenhauses gegeben sein. Eine regelmäßige Evaluation ist zwingend.
§ 3 Absatz 6	<u>Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPTK</u>	allen	Zustimmung	
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2,	<u>Lockerung:</u> <u>Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u>	allen	Zustimmung	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6], § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4	Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.			
§ 3 Absatz 11	<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches	allen	Zustimmung	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.			
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).		Die Aktualisierung des Verzeichnisses sollte wie von der PatV gefordert quartalsweise erstellt werden.	Gerade zu Beginn des Netzverbunds ist mit Änderungen zu rechnen, daher ist eine regelmäßige Aktualisierung sinnvoll.
§ 4 Absatz 1	<u>Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.</u>	allen	Zustimmung	
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3	<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von</u>	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	<u>Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>			
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]	<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.		Eine telefonische Erreichbarkeit reicht nicht aus. Der Versorgungsauftrag muss so verbindlich wie möglich sein.	Der Vorschlag von PatV und DKG kann eine Verbindung von Versorgungsauftrag und Leistungsvermögen erzeugen. Das ist sinnvoll im Sinne der Verbindlichkeit.
§ 4 Absatz 3 Nummer 2	Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als</u>	allen	Positiv, da der Austausch und gemeinsame Haltungen gefördert werden.	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	<u>Aufgabe des Bezugsarztes/- Psychotherapeuten.</u>			
§ 6 Absatz 1 Nr. 2	<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG: sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV: zwei Wochen.		Zustimmung zur PatV	
§ 6 Absatz 1 Nummer 3	<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV: sieben Werktagen (wie bisher), KBV: vier Wochen.			
§ 6 Absatz 1 Nummer 5	<u>Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.</u>			
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6	<u>Telematikinfrastruktur:</u> Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).		Patientenindividuell ist nicht konkret genug. Es wird eine Festsetzung, wie bisher benötigt.	Keine Aufweichung der Versorgung an dieser Stelle.
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)	<u>KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote</u> Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.	<u>KBV</u>	Ablehnung	Leistungen können sowieso im Rahmen der Regelleistungen erbracht werden.
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)	<u>PatV: Lockerung Qualitätsvorgaben</u> Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. <u>GKV-SV/KBV/DKG:</u> <u>Beibehaltung der bisherigen</u>	<u>PatV</u>	Orientierung an den Qualitätsstandards reicht aus. Fortbildungsveranstaltungen sollten regelmäßig und verbindlich stattfinden.	Keine zusätzliche Bürokratie durch QM-Verfahren. Gut zu überprüfende Qualitätsstandards reichen aus.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	<u>Vorgaben</u> , dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.			
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3	<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen		Zustimmung zum Vorschlag der PatV	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.			
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]	GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig	GKV-SV	Sollte eine Einzelfall-Entscheidung bleiben.	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.			
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1	Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.	allen	Kooperationsmöglichkeiten und das Überwinden von Schnittstellen sollte auf jeden Fall gefördert werden. Information und Einbezug dessen ist zwingend erforderlich.	Umfassende Hilfen benötigen alle Akteure des Hilffsystems.
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]	GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.	GKV-SV		
§ 9 Absatz 1	Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und	allen		

25.03.2025

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).			
§ 11 Absatz 1	Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ wird gestrichen	allen		
§ 11 Absatz 6	Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.	allen		



Stellungnahme zur Anpassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) (26.03.2025)

Berlin, 28. April 2025

Die Ergebnisse der G-BA-Evaluationsstudie (Januar 2024) zeigen, dass insgesamt noch keine flächendeckende Netzwerkversorgung gewährleistet ist. Bis Oktober 2023 bestanden bundesweit 13 Netzwerke. Diese sind mit durchschnittlich 38 Beteiligten größer als gefordert.

Eine Befragung von Expert*innen ergab als zentrale Hürden bei der Netzwerkgründung: eine ausgeprägte Sorge vor Bürokratie, fehlende finanzielle Anreize, keine Möglichkeit einer Übernahme von Bezugstherapeut*innen bei hälftigem Kassensitz, keine Möglichkeit, eine schnelle Abfolge der Sprechstunde sowie der differentialdiagnostischen Abklärung zu realisieren, sowie fehlende Kooperationen mit stationären Einrichtungen oder Fachkräften der Ergo-/Soziotherapie und psychiatrischen häuslichen Krankenpflege.

Bereits 2021 hatte die Fachsektion VPP zum Erstentwurf der Richtlinie Stellung bezogen und als zentrale Kritikpunkte die zu hohen zahlenmäßigen Vorgaben an die Netzwerkteilnehmenden und die fehlende Möglichkeit zur Übernahme von Bezugstherapeut*innen von Mitgliedern mit hälftigem Kassensitz benannt. Auch die Nichtberücksichtigung psychologisch-psychotherapeutischer Expertise bei der differentialdiagnostischen Abklärung wurde stark kritisiert.

Die vorliegenden Anpassungen greifen diese Schwachstellen nun auf und bieten wichtige Verbesserungsvorschläge, die von uns sehr begrüßt werden.

Im Rahmen der Evaluationsstudie wurden fast ausschließlich Antworten von Expert*innen aus den beratenden Fachausschüssen oder von Mitarbeitenden von Kassenärztlichen Vereinigungen ausgewertet. Aus unserer Sicht sollten Kassenärztliche Vereinigungen regelmäßig ihre Mitglieder zu Netzwerkthemen informieren oder Best-Practice-Beispiele modellhaft vorstellen.

Ihre Ansprechperson:

Susanne Berwanger

Vorsitzende Fachsektion VPP im BDP e.V.

E-Mail: berwanger@vpp.org

Der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. (BDP) vertritt die beruflichen Interessen von über 10.000 niedergelassenen, selbstständigen sowie angestellten oder verbeamteten Psychologinnen und Psychologen aus allen Tätigkeitsbereichen. Als der anerkannte Berufs- und Fachverband der Psychologinnen und Psychologen ist der BDP Ansprechpartner und Informant für Politik, Medien und die Öffentlichkeit.

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie Ihre Stellungnahme zur Synopse der Beschlussvorhaben zur KSVPsych-RL in die folgende Tabelle ein.

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP e.V.)/ Fachsektion VPP im BDP
28.04.2025

Für allgemeine Anmerkungen steht Ihnen die folgende Tabellenzeile zur Verfügung.

Allgemeine Anmerkungen

Bitte wählen Sie aus, zu welchen Änderungen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten und fügen Sie diese unter „Stellungnahme“ und „Begründung“ ein. Bitte geben Sie ggf. auch an, auf welche Position (GKV-SV, KBV, DKG, PatV, alle) sich Ihre Stellungnahme bezieht.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 2 Absatz 2	<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM	<u>GKV/PatV</u>	<u>Beibehaltung Diagnosebereich</u>	<u>Ursprüngliche Zielrichtung beibehalten</u>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2 § 3 Absatz 2 Satz 6 ff § 3 Absatz 9 Satz 7	<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzverbund ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.	PatV	Erhalt der bisherigen Regelung	Statt dem Schaffen neuer Strukturen sollten bestehende Strukturen weiter forciert werden
§ 3 Absatz 2 Satz 1	<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug	KBV	Erhalt bisheriger Regelung	Siehe oben

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3) Nummer 4	<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	allen	<u>Bestätigung der Ergänzung</u>	<u>Reform PsychThG</u>
§ 3 Absatz 2 Satz 3	<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzwerkverbund</u> Der Netzwerkverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] (PatV fünf) Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.	<u>GKV/KBV</u>	<u>Bestätigung 6 der genannten Mitglieder im Netzwerkverbund</u>	<u>Angemessene Verteilung</u>
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller	<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzwerkverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzwerkverbund verfügen jeweils	<u>KBV</u>	<u>Bestätigung ein Facharzt oder ein Psychotherapeut verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag</u>	<u>Mehr Flexibilität in Richtung Netzwerkgründung möglich: Immer mehr PT Praxen arbeiten mit einem halben Versorgungsauftrag.</u>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/- psychotherapeut wird gestrichen)	über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprech ende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund- Mitgliedern sind zulässig.			
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]	<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem	<u>GKV-SV</u>	<u>Bestätigung</u>	<u>Vorhandene Strukturen sollten genutzt werden</u>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).			
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3	<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.	allen	<u>Zustimmung</u>	<u>Sinnvoll um Realisierbarkeit zu erhöhen</u>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7	<u>KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.	KBV	Befürwortung	Kann Realisierbarkeit in strukturschwachen Regionen erhöhen
§ 3 Absatz 6	<u>Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPtK</u>	allen	Zustimmung	
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6], § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertragspartner),	<u>Lockerung:</u> <u>Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen,	allen	Zustimmung mit dem Hinweis Haftungsrechtliche Fragen zu klären, wenn kein Vertrag besteht.	Erhöht Realisierbarkeit

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4	z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.			
§ 3 Absatz 11	<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche	allen	<u>Zustimmung</u>	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	des Nationalen Gesundheitsportals.			
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).		<u>Enthaltung: Bisherige Praxis nicht bekannt</u>	
§ 4 Absatz 1	<u>Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.</u>	allen	<u>Zustimmung</u>	
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3	<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>	allen	<u>Zustimmung</u>	
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]	<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des	<u>GKV, KBV</u>	<u>Zustimmung</u>	<u>Mitteilung konkreter Erreichbarkeiten sinnvoll</u>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.			
§ 4 Absatz 3 Nummer 2	Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten.</u>	allen		
§ 6 Absatz 1 Nr. 2	<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG: sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV: zwei Wochen.	<u>KBV/PatV</u>	<u>Zustimmung 2 Wochen</u>	<u>Erhöht die Realisierbarkeit</u>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 6 Absatz 1 Nummer 3	<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV : sieben Werktagen (wie bisher), KBV : vier Wochen.	KBV	Zustimmung	Erhöht die Realisierbarkeit
§ 6 Absatz 1 Nummer 5	<u>Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.</u>			
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6	<u>Telematikinfrastruktur:</u> Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.	allen	Zustimmung	
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV : Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal,	GKV/DKG/PatV	Zustimmung 2 Mal im Quartal	Erscheint bei schweren Komplexerkrankungen sinnvoll

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).			
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)	KBV: <u>Niedrigschwellige Gruppenangebote</u> Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.	<u>KBV</u>	<u>Zustimmung</u>	<u>Sinnvolle Kann-Ergänzung</u>
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)	PatV: <u>Lockerung Qualitätsvorgaben</u> Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. GKV-SV/KBV/DKG: <u>Beibehaltung der bisherigen Vorgaben</u> , dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen	<u>GKV/KBV/DKG</u>	<u>Zustimmung QS Vorgaben unerändert</u>	<u>QS wichtig bei diesen neuen Strukturen</u>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	innerhalb des Netzverbundes erfolgt.			
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3	<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im	KBV	<u>teilweise Zustimmung; aber:</u> <u>Eine differentialdiagn. Abklärung sollte z.B. beim vorliegen aktueller somatischer Befunde (z.B. Konsiliarbericht, Hausärztliche Befunde) auch durch eine Psychologische Psychotherapeut*in „alleine“ erfolgen können.</u>	<u>Erhöht die Realisierbarkeit Nutzung vorhandener Ressourcen:</u> Psychologische Psychotherapeut*innen sind hervorragend ausgebildet, um eine psychische und soziale Diagnostik durchzuführen. Eine somatische Diagnostik kann dabei oft durch externe Vorbefunde oder durch im Netzwerk tätige Ärzt*innen abgedeckt werden.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.			
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]	GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.	GKV-SV	Falls vorausgehende Forderung (DD-Abklärung durch Fachärzte oder/und Psychotherapeuten) nicht umgesetzt werden sollte ggf sinnvoll.	Psychotherapie ist Teil einer leitlinienorientierten Behandlung

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1	Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.	allen	Zustimmung	
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]	GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.	GKV-SV	Zustimmung	Erhöht Transparenz
§ 9 Absatz 1	Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).	allen	Zustimmung	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 11 Absatz 1	Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ wird gestrichen	allen		
§ 11 Absatz 6	Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.	allen	Zustimmung unter Berücksichtigung der Zustimmung Behandler	

Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Aktion Psychisch Kranke e. V.

30.04.2025

Allgemeine Anmerkungen

Die Änderung der Richtlinie wird unter Berücksichtigung der Umsetzungserfahrungen und -berichte von der Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK) ausdrücklich begrüßt. Die Überarbeitung der Anforderungen ist angesichts der offensichtlichen Umsetzungsprobleme sinnvoll und notwendig. Durch die Neuformulierung wird es in mehr Regionen möglich sein, die strukturierte und koordinierte Versorgung auch umzusetzen.

Die neue Richtlinie sollte sich weiterhin auf eine bessere Vernetzung der bestehenden Behandlungsangebote ohne Einschränkung von deren Funktion konzentrieren.

Grundsätzlich sei darauf hingewiesen, dass durch die in § 92 Absatz 6b SGB V getroffene Regelungen nicht die Etablierung von ambulanten Komplexleistungen im notwendigen Umfang und in notwendiger Reichweite erreicht werden kann. Schwer erkrankte Menschen benötigen in bestimmten Fällen flexible und individuell angepasste, weitgehend zugehende Komplexleistungen durch ein multiprofessionelles Behandlungsteam.

Es geht dabei insbesondere darum, Leistungen möglichst flexibel und individuell passgenau zu ermöglichen und personenzentriert sowie lebensfeldorientiert zu organisieren. Die APK hat im Rahmen des Psychiatriedialoges hierzu Anforderungen formuliert. Diese Anforderungen kollidieren oft mit den leistungserbringerrechtlichen Regelungen an die ambulante Leistungserbringung, wie sie weiterhin in der KSVPsych-RL bestehen.

Eine grundsätzliche Anmerkung betrifft auch die Einbindung der Netzverbünde in die Gemeindepsychiatrischen Verbünde. Insbesondere in Bezug auf die Kooperation und Koordination mit den Leistungsbereichen aus den weiteren Teilen des Sozialgesetzbuches (vor allem Teilhabe und Pflege) ist dies von hoher Relevanz. Solche Gemeindepsychiatrische Verbünde existieren bereits in einer Vielzahl von Regionen, werden vermehrt gegründet und in ca. 40 Regionen sehen sich diese auch den Qualitätsstandards der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e. V. (BAG GPV) verpflichtet (www.bag-gpv.de).

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 2 Absatz 2	<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM	KBV/DKG	Der Ausschluss der organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störungen (F00 – F09 des fünften Kapitels der ICD-10-GM) und damit auch der Demenzen sollte aufgehoben werden. Ein Einschluss dieser Patientengruppe ist auch vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der damit verbundenen stetig wachsenden Anzahl von Demenzpatientinnen und -patienten in Deutschland sinnvoll.	Die Versorgung dieser Patientengruppe (F00 – F09) ist wie von der DKG und KBV angeführt oft eine multiprofessionelle und kooperative Komplexbehandlung durch verschiedene Berufsgruppen. Durch die ambulanten Komplexbehandlungen können stationäre Einweisungen vermieden werden, die für diese Patientengruppe durch Verlassen des vertrauten Lebensumfeldes eine hohe Belastung sein können. Depressionen und Angststörungen bei Demenz, die behandlungsbedürftig im Sinne der Richtlinie zu bezeichnen sind, sind in der ICD-10-GM formal als organisch zu kodieren (F0x mit U63.-!) und somit kann die Diagnosegruppe F0 nicht ausgeschlossen werden. Darüber hinaus empfiehlt die

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				überarbeitete S3-LL Demenzen multiprofessionell durchführbare nichtmedikamentöse Interventionen wie bspw. Gedächtnistraining, kognitive Stimulation, Musiktherapie, körperliches Training auch zur Verbesserung der Kognition und der Alltagsaktivitäten bei Demenz (F0x) sowie Psychotherapie, kognitive Stimulation, Musiktherapie, Reminiszenztherapie und körperliches Training bei Depression bei Demenz. Diese Verfahren können bis auf die Psychotherapie von unterschiedlichen therapeutischen Berufsgruppen angeboten werden und sind auch bei schweren Alltagseinschränkungen neben der psychiatrischen Behandlung indiziert. Insofern ist für diese Gruppe die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung angesichts des

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs und angesichts der Schwere der Erkrankung indiziert.
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2 § 3 Absatz 2 Satz 6 ff § 3 Absatz 9 Satz 7	<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzverbund ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.	PatV	MVZ und BAG gesondert anzuführen, wäre nur dann notwendig, wenn hier Sonderregelungen zu treffen sind.	Da hier jedoch die gleichen Anforderungen wie grundsätzlich bei Netzverbünden gelten sollten, kann darauf verzichtet werden.
§ 3 Absatz 2 Satz 1	<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte)	DKG/Pat V	Dieses Erfordernis ergibt sich aus den zuletzt erfolgten Anpassungen der „Zulassungsverordnung für Vertragsärzte“ mit Inkrafttreten vom 15. Februar 2025.	Die mit der KSVPsych-RL adressierten Patientengruppen sind explizit mit der Ermächtigung umfasst und die ermächtigten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können ihren

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug			Beitrag im Rahmen der KSVPsych Versorgungsform leisten.
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3) Nummer 4	<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	allen	Zustimmung	
§ 3 Absatz 2 Satz 3	<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzwerk</u> Der Netzwerk umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] (PatV fünf) Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.	GKV/KBV /DKG	Eine Reduzierung der Anzahl erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass ein Netzwerk zu Stande kommt.	Laut Zwischenbericht und Erfahrungen aus der regionalen Versorgung sind häufig für einen Netzwerk nicht ausreichend Fachärztinnen und Fachärzte bzw. Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten und Fachpsychotherapeutinnen, Fachpsychotherapeuten in der Region vorhanden.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)	<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.	DKG/PatV	Versorgungsaufträge im Verbund von einer Fachärztin, einem Facharzt und einer Psychotherapeutin, einem Psychotherapeuten sollten sichergestellt sein.	Für den Versorgungsauftrag der Psychotherapeutin, des Psychotherapeuten ist ein halber Versorgungsauftrag ausreichend und wird durch die Vielzahl von halben Versorgungsaufträgen die Chancen der Beteiligung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erhöhen.
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]	<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde		Siehe oben	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).			
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3	<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus	allen	Zustimmung	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.			
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7	<u>KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.	KBV	Keine Zustimmung	Die Kooperation mit dem Krankenhaus ist eine wichtige Säule der KSVPsych-RL.
§ 3 Absatz 6	<u>Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPtK</u>	allen	Zustimmung	
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6] , § 3 Absatz 3 Satz 1,	<u>Lockerung:</u> <u>Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann	allen	Zustimmung	Eine Lockerung der Pflicht von Netzverbundverträgen wird unterstützt, da die Vereinbarungs- und Erklärungspflicht ausreichend ist.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4	die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.			
§ 3 Absatz 11	<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften zur Verfügung.	allen	Zustimmung	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.			
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).	GKV-SV/PatV	Eine quartalsweise Information wird befürwortet. Es wird zudem auf die allgemeinen Anmerkungen verwiesen, dass die Netzverbünde eine Einbindung in die Gemeindepsychiatrischen Verbünde anstreben sollten.	Eine quartalsweise Information erhöht die Transparenz und Zugänglichkeit. In den Regionen, in denen Gemeindepsychiatrische Verbünde existieren oder sich im Aufbau befinden, kooperieren wesentliche Leistungserbringer (nach den Standards der BAG GPV: verbindlich), um Leistungen für Menschen mit komplexen Hilfebedarfen sicherzustellen.
§ 4 Absatz 1	<u>Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.</u>	allen	Zustimmung	
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3	<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>	allen	Zustimmung	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]	<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugssarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugssarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugssarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.	DKG/PatV	Die Vorgabe des halben Versorgungsauftrages sichert das Mindestmaß an Erreichbarkeit und ermöglicht personenzentrierte Flexibilität in der Verantwortung, der Bezugsrolle und vor allem der Ansprechbarkeit in Krisen gerecht zu werden.	
§ 4 Absatz 3 Nummer 2	Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugssarztes/-Psychotherapeuten.</u>	allen	Zustimmung	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 6 Absatz 1 Nr. 2	<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG: sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV: zwei Wochen.	GKV-SV/DKG	Die bisherige Regelung ist beizubehalten.	Die Frist von sieben Tagen sichert den zügigen Zugang. Insbesondere auch in der Verknüpfung mit der Notfallversorgung und Krisenhilfe ist der schnelle Zugang unabdingbar.
§ 6 Absatz 1 Nummer 3	<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV: sieben Werktagen (wie bisher), KBV: vier Wochen.	GKV-SV/DKG/ PatV	Die Frist von sieben Tagen sichert den zügigen Beginn der Behandlung.	
§ 6 Absatz 1 Nummer 5	<u>Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.</u>		Zustimmung	
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6	<u>Telematikinfrastruktur:</u> Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.	allen	Zustimmung	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).	GKV-SV/DKG/PatV	Die bisherige Frequenz sollte beibehalten werden.	Die 6-Wochen Taktung sichert die Kontinuität und Verbindlichkeit, die zeitliche Intensität kann dabei variieren.
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)	<u>KBV:</u> <u>Niedrigschwellige Gruppenangebote</u> Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.		Gruppenangebote sind im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung bereits möglich.	
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)	<u>PatV:</u> <u>Lockerung Qualitätsvorgaben</u> Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. <u>GKV-SV/KBV/DKG:</u> <u>Beibehaltung der bisherigen Vorgaben,</u> dass	GKV-SV/KBV/DKG	Regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen und die vereinbarten Qualitätsmanagementverfahren sollten beibehalten werden.	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.			
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3	<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei		Zustimmung zu PatV-Position	Die differentialdiagnostische Abklärung durch die Fachärztin, den Facharzt ist ausreichend.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.			
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]	GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung	GKV-SV	Sollte regelhaft geprüft werden.	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.			
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1	Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.	allen	Zustimmung Auch hier wird auf die allgemeinen Anmerkungen zur Einbindung in den Gemeindepsychiatrischen Verbund verwiesen.	
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]	GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.		Parallelteilnahmen in mehreren Verbünden werden durch die Meldepflicht zu Beginn verhindert.	
§ 9 Absatz 1	Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten	allen	Zustimmung	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	erforderlich sind, und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).			
§ 11 Absatz 1	Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ wird gestrichen	allen	Zustimmung	
§ 11 Absatz 6	Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.	allen	Zustimmung	

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie Ihre Stellungnahme zur Synopse der Beschlussvorhaben zur KSVPsych-RL in die folgende Tabelle ein.

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie, DGPM
30.04.2025

Für allgemeine Anmerkungen steht Ihnen die folgende Tabellenzeile zur Verfügung.

Allgemeine Anmerkungen
Die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie bedankt sich für die Möglichkeit zur Änderung der KSVPsych-RL Stellung nehmen zu dürfen. Es ist sehr zu begrüßen, dass die Ergebnisse des Zwischenberichts aus dem Vorjahr frühzeitig Eingang in die Überarbeitung und weitere Optimierung der Richtlinie nehmen. Die DGPM unterstützt das übergeordnete Ziel der Richtlinie, die ambulante als auch transsektorale Versorgung von psychisch Erkrankten mit komplexem und interdisziplinären Versorgungsbedarf besser zu strukturieren, zu koordinieren und zu vernetzen. Dabei ist uns insbesondere wichtig, dass eine umfassende Differentialdiagnostik, einschließlich behandlungsrelevanter somatischer Erkrankungen als auch eine Überwachung von somatischen und psychischen Wechselwirkungen bei Patient:innen mit komorbiden körperliche Grunderkrankung weiterhin kompetent sichergestellt wird.

Bitte wählen Sie aus, zu welchen Änderungen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten und fügen Sie diese unter „Stellungnahme“ und „Begründung“ ein. Bitte geben Sie ggf. auch an, auf welche Position (GKV-SV, KBV, DKG, PatV, alle) sich Ihre Stellungnahme bezieht.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 2 Absatz 2	<u>Definition der Patientengruppe:</u>	KBV/DKG	Eine Erweiterung der Diagnosgruppe auf alle F-Kapitel	Organisch bedingte psychische Erkrankung gehören zum Behandlungsspektrum von am

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM		(einschl. F00-F09) ist dringend notwendig.	Netzverbund beteiligten Fachärzt:innen und psychologischen Psychotherapeut:innen. Insbesondere organisch bedingte psychische Erkrankungen zeigen einen komplexen Versorgungsbedarf und profitieren von einem individuellen Gesamtbehandlungsplan. Die Identifizierung von Patient:innen für eine Behandlung in der KSVPsych-RL sollte den Behandler:innen überlassen werden.
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2 § 3 Absatz 2 Satz 6 ff § 3 Absatz 9 Satz 7	<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzverbund ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG.	GKV-SV/KBV/DKG	Ein MVZ oder eine örtliche BAG sollte grundsätzlich zur Teilnahme an der Versorgung gemäß der Richtlinie berechtigt sein.	Die Berücksichtigung von MVZs und BAGs trägt zur Umsetzung der Richtlinie bei und erhöht das Angebot für psychisch Erkrankte mit komplexem Behandlungsbedarf.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.			
§ 3 Absatz 2 Satz 1	<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug	DKG/ PatV	Die Die DGPM unterstützt den Einbezug von ermächtigten Leistungserbringern.	Die Einbeziehung ist aufgrund des Versorgungsbedarfs sowie der Anpassung der „Zulassungsverordnung für Vertragsärzte“ erforderlich.
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3) Nummer 4	<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	allen		Die Ergänzung ergibt sich durch die Reform der Psychotherapeutenausbildung.
§ 3 Absatz 2 Satz 3	<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10	<u>GKV/KBV</u> <u>/DKG</u>	Die Absenkung der im Netzverbund beteiligten Fachärzt:innen und psychologischen Psychotherapeut:innen auf eine Mindestzahl von 6 (jeweils mindestens zwei Fachärzt:innen	Die Versorgung der bezugsärztlichen und bezugstherapeutischen Versorgung ist bei einer Mindestzahl von 6 weiterhin gegeben.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	[GKV/KBV/DKG: sechs] (PatV fünf] Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.		und zwei Psychotherapeut:innen) wird unterstützt.	
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2] : Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)	<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei	DKG	Wir halten es für erforderlich, dass im Netzverbund mindestens ein Facharzt über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt. Des Weiteren sollten mindestens ein ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut mit halben Versorgungsauftrag im Netzverbund vertreten sein.	Sicherung der Erreichbarkeit, Stabilität und des Krisenmanagement in der Versorgung.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.			
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]	<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).	GKV-SV	Unterstützung des GKV-SV Vorschlags, das für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für Netzverbünde	Es ist nicht nachvollziehbar warum ein MVZ bzw. BAG mit der Hälfte der Versorgungsaufträge im Vergleich zu Netzverbünden auskommen soll. Wir lehnen den Vorschlag von KBV/ DKG ab, da wir die Stabilität und Sicherstellung der Versorgung sonst als gefährdet sehen.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3	<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.	allen	Zustimmung	
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7	<u>KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.		Die DGPM erachtet die Kooperation mit einem Krankenhaus für das zu behandelnde Patientenklientel für erforderlich. Die Ausnahmeregelung der KBV wird abgelehnt.	Grundlage und Ziel der Richtlinie ist eine sektorenübergreifende und interdisziplinäre Komplexleistung sicherzustellen. Dies setzt die Kooperation mit mindestens einem Krankenhaus im Netzverbund bzw. in räumlicher Nähe zum Netzverbund voraus. Ein guter Austausch über die Sektorengrenzen hinweg ist Voraussetzung, um eine angemessene Qualität der Behandlung zu sichern.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Die Kliniken zeigen eine Zurückhaltung sich an Netzverbünden zu beteiligen, da sie befürchten, dass die Leistungsvergütung an den EBM der Vertragsärzte angepasst wird. Somit sollte eine Vergütung nach den Vergütungsvereinbarungen der Institutsambulanzen sichergestellt sein.
§ 3 Absatz 6	<u>Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPtK</u>	allen	Zustimmung	
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6], § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 4 Absatz 1 Satz 4	<u>Lockerung:</u> <u>Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen	allen	Zustimmung	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 6 Absatz 4	Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.			
§ 3 Absatz 11	<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.	allen	Zustimmung	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).	KBV	Zeitangaben zur Aktualisierung von Informationen zum Angebot und der Erreichbarkeit sind nicht erforderlich	Bürokratieabbau
§ 4 Absatz 1	<u>Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.</u>	allen	Zustimmung	
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3	<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugssarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>	allen	Zustimmung	
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]	<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugssarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit	GKV/KBV	Die DGPM unterstützt den Vorschlag zur Vorgabe einer telefonischen Erreichbarkeit.	Für schwer psychisch erkrankte Patient:innen mit komplexem Behandlungsbedarf ist eine zeitnahe Erreichbarkeit des Bezugstherapeuten von hoher Relevanz zur Vermeidung von stationären Aufnahmen.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.			Des Weiteren wird die angegebene telefonische Erreichbarkeit bereits jetzt im Rahmen der ambulante RL-Psychotherapie (voller Versorgungsauftrag) gefordert.
§ 4 Absatz 3 Nummer 2	Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten.</u>	allen	Zustimmung	
§ 6 Absatz 1 Nr. 2	<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG: sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV: zwei Wochen.	KBV/ PatV	Eine Frist für die Eingangssprechstunde innerhalb von 14 Tagen wird als ausreichend angesehen.	Für kleinere Netzverbünde oder auch bei Abwesenheiten einzelner Behandler:innen sind 7 Tage nicht organisierbar.
§ 6 Absatz 1 Nummer 3	<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u>	KBV	Die Frist für eine differentialdiagnostische Abklärung sollte	In der Versorgungsrealität sind 7 Tage nicht realistisch umsetzbar.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV : sieben Werktagen (wie bisher), KBV : vier Wochen.		auf innerhalb von vier Wochen festgelegt werden.	
§ 6 Absatz 1 Nummer 5	<u>Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.</u>		Zustimmung	
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6	<u>Telematikinfrastruktur</u> : Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.	allen	Zustimmung	
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV : Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV : Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).	KBV	Eine Mindestvorgabe von einmal im Quartal ist ausreichend.	Eine höhere Frequenz der Fallbesprechung sollte patientenindividuell und durch die im Behandlungsplan benannte koordinierende Person festgelegt werden.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)	<u>KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote</u> Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.	KBV	Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung werden durch die DGPM uneingeschränkt unterstützt.	Gruppentherapie zeigt eine gute Wirksamkeit, fördert soziale Beziehungen und trägt zu höherer Versorgungsquantität (mehr Therapieplätze pro Behandler) bei.
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)	<u>PatV: Lockerung Qualitätsvorgaben</u> Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. <u>GKV-SV/KBV/DKG: Beibehaltung der bisherigen Vorgaben,</u> dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.	PatV	Die DGPM spricht sich für die Beibehaltung der bisherigen Vorgaben aus.	Qualitätsmanagementverfahren und regelmäßige Beiteiligung an Fortbildungsveranstaltungen trägt entscheidend zur Patientensicherheit bei.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3	<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten.	GKV/DKG	Die differentialdiagnostische Abklärung erfordert zusätzlich somatisch-medizinische, sozialmedizinische und pharmakologische Kompetenzen. Somit sollte eine umfassende Differentialdiagnostik durch Fachärzt:innen erfolgen. Des Weiteren kann die Bezugsfunktion bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose nur durch Fachärzt:innen mit den notwendigen Kompetenzen wahrgenommen werden.	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zeigen eine um ca. 10 Jahre verkürzte Lebenserwartung. Der Verlust an Lebensjahren tritt in erster Linie aufgrund von somatisch-medizinischen Komplikationen auf. Somit hat eine umfassende Differentialdiagnostik, die Erkennung von ungünstigen somatischen und psychischen Wechselwirkungen sowie die simultane Erfassung körperlicher Beschwerden im Behandlungsverlauf unmittelbar Einfluß auf die Gesamtmortalität. Wir lehnen daher den Vorschlag der KBV ab.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.			
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]	GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.		Ablehnung des Vorschlags der GKV-SV	Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie sind psychotherapeutisch qualifiziert und verfügen über die entsprechenden Kompetenzen.
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1	Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt;	allen	Zustimmung	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.			
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]	GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.	GKV-SV	Die Meldung der Beendigung der Versorgung durch einen Netzverbund gegenüber der zuständigen Krankenkasse wird unterstützt und als sinnvoll erachtet.	Eine parallele Versorgung ist nicht möglich, so dass bei einem Wechsel des Netzverbundes oder auch zu einem nicht an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringer eine Meldung der Beendigung erforderlich ist.
§ 9 Absatz 1	Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).	allen	Zustimmung	
§ 11 Absatz 1	Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ wird gestrichen	allen	Zustimmung	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 11 Absatz 6	Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.	allen	Zustimmung	

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie Ihre Stellungnahme zur Synopse der Beschlussvorhaben zur KSVPsych-RL in die folgende Tabelle ein.

Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung
22.04.2025

Für allgemeine Anmerkungen steht Ihnen die folgende Tabellenzeile zur Verfügung.

Allgemeine Anmerkungen
An dieser Stelle wiederholen wir unsere allgemeinen Anmerkungen zur Erstfassung der Richtlinie, die nach wie vor aktuell sind. Auch verweisen wir auf unsere damaligen Änderungsvorschläge, die weiterhin Geltung haben. Die Diakonie Deutschland befürwortet die Absicht des Gesetzgebers, die Versorgung insbesondere von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durch Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung spürbar zu verbessern; vor allem durch leicht erreichbare und flexibel reagierende Versorgungsangebote, zeitnahe Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten, auch in der häuslichen Umgebung, sowie eine patientenorientierte Koordination. Kritisch sehen wir den Ansatz, dies allein aus der Perspektive des SGB V heraus umzusetzen. Gesundheitsbezogene Leistungen für diese Zielgruppen sind kontextbezogen zu erbringen und daher oft nicht nur sektoren- sondern auch sozialleistungsträgerübergreifend zu planen und zu organisieren. Die Gesamtschau auf den individuellen Unterstützungsbedarf und alle möglicherweise zu erbringenden Leistungen steht am Anfang und erst in einem zweiten Schritt werden einzelne Leistungen in die Logik ihrer Handlungsfelder überführt und ausgestaltet. Sie müssen aber aufeinander bezogen werden und bleiben. Dies erfordert – wenn nur Regelungen im Bereich des SGB V zu treffen sind - dass zumindest die Anschlüsse und die Zusammenarbeit mit Leistungen anderer Sozialgesetzbücher im SGB V von Anfang an mitgedacht, verbindlich geregelt und finanziert werden. Darüber hinaus müssen Leistungen im Gesundheitsbereich, die insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, bedeutsam sind, auch faktisch sowie bedarfsgerecht für diese Gruppe zur Verfügung stehen. Dies ist in vielen Regionen in Deutschland nicht der Fall. Eine gemeinsame, regionale Versorgungsverantwortung aller psychiatrischen Leistungserbringer ist gesetzlich zu normieren. (Dies überschreitet die Reichweite einer Richtlinie und kann durch diese allenfalls konkretisiert werden). Um die Zugänglichkeit therapeutischer Angebote bzw. deren Erreichbarkeit gerade für Menschen mit schweren Krankheitsverläufen zu erhöhen, plädieren wir sehr dafür von der Möglichkeit Gebrauch zu machen, die in den Eckpunkten der Entscheidung ausgeführt wird: Es handelt sich bei den Leistungen nach § 92 Abs. 6b um eine spezifische Versorgungsform, die Leistungsinhalte aus anderen Richtlinien des G-BA so

anpassen sollte, dass sie dem Ziel einer besseren Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gerecht werden können. Dies betrifft z.B. die Soziotherapie, die auch die Inanspruchnahme und Koordinierung von Leistungen anderer Sozialgesetzgeber umfassen muss sowie psychotherapeutische Verfahren, Methoden und Settings, die über die Richtlinienpsychotherapie hinausgehen sollten. Zukünftig sind Modelle gemeindepsychiatrischer Basisteams, wie sie z.B. im Projekt „Gemeindepsychiatrische Basisversorgung schwerer psychischer Erkrankungen“ vom Innovationsfonds des G-BA gefördert wurden, zu berücksichtigen.

Prüfkriterien für eine an den Bedarfen und Bedürfnissen von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ausgerichtete berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung sind deren Abgleich mit den S3 Leitlinien für psychosoziale Therapie. Für den SGB V Bereich bedeutet dies, dass neben diagnosespezifischen psychotherapeutisch-psychopharmakologischen Behandlungsansätzen vor allem Recovery, Empowerment, milieutherapeutische Ansätzen sowie partizipative Entscheidungsfindungen auf Grundlage vertrauensvoller und kontinuierlicher Beziehungen umgesetzt werden. In den Richtlinien nach § 92 Abs. 6b ist diese Umsetzung zu beschreiben und zu konkretisieren. Der Netzverbund muss auch Behandlungsangebote für die hohen Komorbiditäten von schweren psychischen Erkrankungen und einer zusätzlichen Abhängigkeitserkrankung gewährleisten. Genesungsbegleiter*innen sind bei mindestens einem beteiligten Leistungserbringer des Netzverbundes zu beschäftigen.

Den Änderungen, denen alle Parteien im Folgenden zugestimmt haben, schließt sich die Diakonie Deutschland an.

Bitte wählen Sie aus, zu welchen Änderungen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten und fügen Sie diese unter „Stellungnahme“ und „Begründung“ ein. Bitte geben Sie ggf. auch an, auf welche Position (GKV-SV, KBV, DKG, PatV, alle) sich Ihre Stellungnahme bezieht.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 2 Absatz 2	<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM		Die Diakonie Deutschland befürwortet die Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00-F09 des ICD-10.	Im Anfangsstadium einer Demenz sind die psychischen Belastungen betroffener Patient*innen in der Regel sehr hoch. Hier wie auch bei leichter Demenz ist eine psychotherapeutische Behandlung indiziert. Ein frühzeitiges, breites Unterstützungsangebot wirkt sich darüber hinaus positiv auf den weiteren Verlauf der

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Demenzerkrankung und die Verhinderung oder Reduzierung psychischer Komorbiditäten aus.
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2 § 3 Absatz 2 Satz 6 ff § 3 Absatz 9 Satz 7	<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzverbund ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.		Die Diakonie Deutschland schließt sich der Position an, dass sich ein MVZ, eine BAG sowie ermächtigte Leistungserbringer neben den bisherigen Partnern zu Netzverbünden zusammenschließen können.	Diese Änderungen sollen den Aufbau von Netzverbünden, der in vielen Regionen nicht stattfindet, erleichtern und ist geeignet, mögliche Hürden, wie sie auch im Evaluationsbericht aufgeführt werden, abzubauen.
§ 3 Absatz 2 Satz 1	<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer		Die Diakonie Deutschland schließt sich der Position der DKG und der PatV an.	Die Erweiterung um ermächtigte Leistungserbringer unterstützt die Diakonie Deutschland ausdrücklich, da diese Angebote für besonders vulnerable Patient*Innen bereit halten sollen.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	GKV-SV/KBV: Kein Einbezug			
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3] Nummer 4	<u>Ergänzung um</u> <u>Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	allen		
§ 3 Absatz 2 Satz 3	<u>Anzahl der Fachärztinnen und</u> <u>Fachärzte/</u> <u>Psychotherapeutinnen und</u> <u>Psychotherapeuten im</u> <u>Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] (PatV fünf] Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.		Die Diakonie Deutschland schließt sich der Position der PatV an und spricht sich für fünf Fachärztinnen und Psychotherapeuten aus.	Die Reduzierung der erforderlichen Facharzt*Innen und Psychotherapeut*innen spiegelt die realen Versorgungsgegebenheiten wider.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)	<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.		Die Diakonie Deutschland unterstützt die Position der DKG und der PatV.	Auch diese Reduzierungen sind angesichts der Situation in den Regionen realistischer als die bisherigen Vorgaben und berücksichtigen die Ergebnisse des Zwischenberichts der Evaluation.
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]	<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde		Die Diakonie Deutschland teilt die Position der KBV und der DKG.	Die Position wird im Sinne einer so erreichbaren, größeren Flexibilität unterstützt.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).			
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3	<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.			
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7	<u>KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.	KBV		
§ 3 Absatz 6	<u>Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPtK</u>	allen		
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6],	<u>Lockerung:</u> <u>Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4	vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.			
§ 3 Absatz 11	<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Landeskrankenhausgesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.			
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).			
§ 4 Absatz 1	<u>Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.</u>	allen		
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3	<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]	<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugssarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugssarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugssarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.		Die Diakonie Deutschland schließt sich dem Vorschlag der DKG/PatV an. Gleichzeitig verweisen wir auf unsere frühere Stellungnahme, derzufolge Leistungen der Bezugspersonenarbeit unter ärztlicher/psychotherapeutischer Verantwortung auch an andere Professionsgruppen aus dem Netzverbund delegiert werden können sollen.	
§ 4 Absatz 3 Nummer 2	Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugssarztes/-Psychotherapeuten.</u>	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 6 Absatz 1 Nr. 2	<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG: sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV: zwei Wochen.		Im Sinne einer flexibleren und realistischeren Praxis und um organisatorische Hürden abzubauen, unterstützt die Diakonie Deutschland die Position der KBV/PatV.	
§ 6 Absatz 1 Nummer 3	<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV: sieben Werktagen (wie bisher), KBV: vier Wochen.		Die Diakonie Deutschland gibt zu Bedenken, dass für eine differenzialdiagnostische Abklärung bei einigen Patient*Innen zuvor ausreichend Zeit zur Verfügung stehen muss, um Vertrauen aufzubauen und für eine mögliche Behandlung zu motivieren.	
§ 6 Absatz 1 Nummer 5	<u>Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.</u>			
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6	<u>Telematikinfrastruktur:</u> Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).			
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)	<u>KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote</u> Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.	<u>KBV</u>		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)	<u>PatV: Lockerung Qualitätsvorgaben</u> Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. <u>GKV-SV/KBV/DKG:</u> <u>Beibehaltung der bisherigen</u>	<u>PatV</u>	Um die Bildung auch kleinerer Netzverbünde in der Fläche zu erleichtern, plädiert die Diakonie Deutschland wie die PatV für eine Lockerung der Qualitätsvorgaben. Die Teilnahme an Fortbildungen sollte jeoch regelmäßig erfolgen.	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	<u>Vorgaben</u> , dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.			
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3	<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen		Die Diakonie Deutschland schließt sich der Position der PatV an.	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.			
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]	GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig	GKV-SV		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.			
<u>§ 8 Absatz 3 Satz 2</u> Folgeänderung: <u>§ 9 Absatz 1</u>	<u>Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.</u>	<u>allen</u>	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Behandlungsbedarf haben häufig auch Leistungsansprüche nach dem SGB IX. Daher sind weitere Angebote nicht nur zu dokumentieren; vielmehr ist der Gesamtbehandlungsplan mit dem Gesamtplan bzw. Teilhabeplan nach SGB IX zu verschränken. Die Koordination der Leistungen ist verbindlich sozialleistungsträgerübergreifend auszugestalten.	Dieser Aspekt berührt die Frage, wie die Zusammenarbeit zwischen dem hier beschriebenen Netzverbund und bestehenden (Gemeindepsychiatrischen) Verbänden vor Ort ausgestaltet werden soll. Die Diakonie Deutschland fordert erneut die Bildung von bzw. (wo vorhanden) die Kooperation mit Gemeindepsychiatrischen Verbundsystemen (GPV). Auf diese Weise ist die Vernetzung auch mit dem Eingliederungshilfebereich und dem Bereich der SpDi im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge (ÖGD) zu gewährleisten. Innerhalb des GPV soll der Netzverbund verortet werden, der die komplexe medizinische Behandlung

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				koordiniert. Ist dieser Bestandteil eines Teilhabepplans nach SGB IX ist die Zusammensetzung im GPV abzustimmen. Eine bloße Begrenzung der fallbezogenen Kooperation im Rahmen des Netzwerkvertrags auf Leistungserbringer des SGB V ist nicht ausreichend.
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]	GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.	GKV-SV		
§ 9 Absatz 1	Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).			
§ 11 Absatz 1	Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ wird gestrichen	allen		
§ 11 Absatz 6	Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.	allen		

Von: [Geschäftsführung | Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.](#)
An: [KSVPsych](#)
Cc: [Peter Raiser | Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.](#)
Betreff: Stellungnahmeberechtigte Organisationen | Bitte um Stellungnahme | Anpassung der KSVPsych-RL
Datum: Mittwoch, 30. April 2025 11:41:15
Anlagen: [image001.png](#)

ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.

Sehr geehrte Frau XXX,

vielen Dank für die Möglichkeit zur Abgabe einer Stellung zur Anpassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL).

Die DHS stimmt den Änderungsvorschlägen im Grundsatz zu. Die Änderungen sind geeignet, die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu verbessern. Es muss jedoch auch gewährleistet sein, dass die Verbesserungen auch Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen zu Gute kommen. Wichtig ist, dass die Gründung von Verbünden vereinfacht wird und Hürden abgebaut werden.

Mit freundlichen Grüßen

Christina Klemmer
Sekretariat Geschäftsführung
+49 2381 9015-15
klemmer@dhs.de



Westenwall 4, 59065 Hamm, Telefon: +49 2381 9015-0, Telefax: +49 2381 9015-30, E-Mail: info@dhs.de,
Internet: www.dhs.de
Vertretungsberechtigter Vorstand: Prof. Dr. Norbert Scherbaum (Vorsitzender), Corinna Mäder-Linke (stellv. Vorsitzende), Eva Egartner (stellv. Vorsitzende)
Geschäftsführung: Dr. Peter Raiser / Christina Rummel
Registergericht: Amtsgericht Hamm, Registernummer: VR 519
Wenn Sie unseren Newsletter abonnieren möchten, klicken Sie bitte hier
<https://www.dhs.de/service/newsletter>

DGPT e.V. Kurfürstendamm 54/55 10707 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 12 06 06
10596 Berlin
per Mail: KSVPsych@g-ba.de

Geschäftsführender Vorstand

Birgit Jänchen-van der Hoofd
Vorsitzende
Fachärztin für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Leonhardtstr. 4
14057 Berlin
Fon: 030 / 37 59 27 61
E-Mail:
birgit.jaenchen-van-der-hoofd@dgpt.de

30. April 2025

Dr. phil. Dipl.-Psych. Rupert Martin
Stellv. Vorsitzender
Münsterer Straße 1
51063 Köln
Fon: 0221 / 6 60 65 33
E-Mail:
rupert.martin@dgpt.de

Dr. biol. hum. Dipl.-Psych.
Christine Bauriedl-Schmidt
Stellv. Vorsitzende
Nymphenburger Straße 90e
80636 München
Fon: 089 / 74 04 89 33
E-Mail:
christine.bauriedl-schmidt@dgpt.de

Ingrid Moeslein-Teising
Vorsitzende der Sektion
„Berufsverband der Ärztlichen Psycho-
analytikerinnen und Psychoanalytiker
und der tiefenpsychologisch tätigen
Ärztinnen und Ärzte (BAP)“
Fachärztin für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Ludwig-Braun-Straße 13
36251 Bad Hersfeld
Fon: 06621 / 91 50 33
E-Mail:
ingrid.moeslein-teising@dgpt.de

Dipl.-Psych. Birgit Pechmann
Vorsitzende der Sektion
„Berufsverband der Psychologischen
Psychoanalytikerinnen und Psychoana-
lytiker und der tiefenpsychologisch tä-
tigen Psychologischen Psychotherapeu-
tinnen und Psychotherapeuten (BPP)“
Steubenstr. 3
65189 Wiesbaden
Fon: 0611 / 3600 9633
E-Mail: birgit.pechmann@dgpt.de

Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V. bedankt sich für die Möglichkeit, Stellung zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) nehmen zu können.

Die DGPT begrüßt die Absicht der Novellierung dieser Richtlinie, die bei ihrer Umsetzung auf Schwierigkeiten gestoßen ist, die wir teilweise in unserer Stellungnahme von 2021 zur Erstfassung adressiert hatten.

Die mangelnde Vernetzung der Versorgungsbereiche und die fehlende Koordinierung in der Versorgung beeinträchtigen neben anderen Faktoren die Qualität der Versorgung der angesprochenen Patientengruppe. Durch die Einführung eines Gesamtbehandlungsplans und die vernetzte Umsetzung dieser Behandlungsstrategie im Rahmen der neuen Versorgungsform kann eine deutliche Verbesserung der Versorgung von schwer psychisch und psychosomatisch erkrankten Patienten möglich werden. Wir hoffen, dass eine Novellierung der Richtlinie auf breitere Akzeptanz stoßen wird und die Versorgung der Patienten dadurch deutlich gestärkt wird.

Geschäftsstelle

Dr. rer. pol. Felix Hoffmann
Geschäftsführer

Claudia Wieprecht-Jäckel
Rechtsanwältin
(Syndikusrechtsanwältin)
Justitiarin

Kurfürstendamm 54/55
10707 Berlin
Fon: 030 / 8 87 16 39 30
Fax: 030 / 8 87 16 39 59

In der Anlage übermitteln wir Ihnen unsere dezidierte Stellungnahme mittels dem beiliegenden Formular (als Anlage 3 übersandt) sowohl im PDF als auch als Worddatei zu allen fraglichen Punkten des Entwurfs.

Mit freundlichen Grüßen

für den Geschäftsführenden Vorstand



Birgit Jänchen - van der Hoofd

Vorsitzende

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie Ihre Stellungnahme zur Synopse der Beschlussvorhaben zur KSVPsych-RL in die folgende Tabelle ein.

DGPT Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie
30.4.2025

Für allgemeine Anmerkungen steht Ihnen die folgende Tabellenzeile zur Verfügung.

Allgemeine Anmerkungen
Grundsätzlich begrüßen wir die vorgesehenen Änderungen, da dadurch die KSVPsych-Richtlinie größere Akzeptanz finden wird!

Bitte wählen Sie aus, zu welchen Änderungen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten und fügen Sie diese unter „Stellungnahme“ und „Begründung“ ein. Bitte geben Sie ggf. auch an, auf welche Position (GKV-SV, KBV, DKG, PatV, alle) sich Ihre Stellungnahme bezieht.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 2 Absatz 2	<u>Definition der Patienten- gruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM		Einbeziehung der Demenzdiagnosen begrenzt sinnvoll- meist handelt es sich nicht um schwer psychisch Kranke im Sinne der Richtlinie (s. GAF-Wert). Deswegen muss für diese Patientengruppe eine Form der Versorgung für die Abbildung der vielfältigen Schritte gefunden	Für diese Patientengruppe ist die Einleitung einer zeitnahen Diagnostik von Bedeutung, weil nur zu Beginn der Behandlung eine antidementive Behandlung indiziert ist . Antidementive Behandlung ist insbesondere in frühen und mittelschweren Stadien, wenn

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
			werden – z. B. eine weitere Richtlinie zur „Demenzfrühversorgung“. Wir folgen dem Vorschlag der KBV.	pflegerische Interventionen noch nicht notwendig sind möglich und meist indiziert, außerdem medikamentöse, ergo- und physiotherapeutische Behandlungen sowie niedrigschwellige psychotherapeutische Interventionen zum Erhalt der Teilhabe Auch für die Identifikation der Alzheimerpathologie als Frühform einer Demenz wäre eine vernetzte und multiprofessionelle Intervention dringend erforderlich (gestuftes und differenziertes diagnostisches Vorgehen mit neuropsychologischen, laborchemischen und bildgebenden Verfahren vor behandlungsbeginn und engmaschig im Verlauf sowie sozialmedizinisch-psychotherapeutische Begleitung
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2 § 3 Absatz 2 Satz 6 ff § 3 Absatz 9 Satz 7	<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzverbund ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der		a) Die Erleichterung der Netzverbundgründung durch Wegfall der Vertragsbindungen ist zu begrüßen. b) Die Ermöglichung der vernetzten Versorgung durch Einbeziehung einer bereits qua	a) Die Notwendigkeit der Vertragsabschlüsse hat sich als hinderlich herausgestellt. b) damit können bereits synergetisch wirksame Versorgungselemente noch

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.		Institution im Vertragsarztbereich definierten Vernetzung – BAG und als besondere Form das MVZ – ist ebenfalls begründenswert. Wir folgen dem Vorschlag der KBV.	breiter nutzbar gemacht werden
§ 3 Absatz 2 Satz 1	<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug		Der Einbezug Ermächtigter ist nicht erforderlich.	Eine Ermächtigung von Ärzten und Psychotherapeuten ist nur dann notwendig, wenn trotz bestehender Erfüllung der Versorgung nach Bedarfsplanungsrichtlinie der Versorgungsbedarf nicht sichergestellt werden kann. Prioritär im Zulassungsverfahren sind Zulassungen zur vertragsärztlichen Versorgung zu behandeln. Zur Stärkung dieser vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Strukturen soll auf diese auch im Vernetzungsverfahren zurückgegriffen werden.
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2,	<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	allen	Die Einfügung des Begriffes der FachpsychotherapeutInnen	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3) Nummer 4			infolge des Psychotherapeutengesetzes ist folgerichtig	
§ 3 Absatz 2 Satz 3	<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] (PatV fünf) Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.		Die Reduzierung der Anforderungen zur Gesamtzahl der in einem Netzverbund tätigen ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen ist zu begrüßen.	Bereits in unseren Stellungnahmen von 2021 hatten wir auf die u.E.zu hoch angesetzte Zahl hingewiesen.
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)	<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag.		Wir schließen uns der Haltung der KBV an.	Wir hatten auf die Einbeziehung der hälftigen Versorgungsaufträge bereits in unseren Stellungnahmen 2021 hingewiesen. In der Position der KBV ist eine kontinuierliche Versorgung ausreichend beschrieben.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.			
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]	<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein		BAG (und als Sonderform das MVZ) verfügen schon über eine vernetzte Organisationsstruktur. Ob diese für die Versorgung nach dieser Richtlinie aufgestellt ist, muss die zuständige KV prüfen. Die Festlegung der Präsenz einer nichtärztlichen koordinierenden Person erscheint folgerichtig.	In einer bereits bestehenden Netzstruktur eine BAG können die geforderten Versorgungselemente der Richtlinie schneller und leichter erbracht werden (und diese werden gerade in diesen Strukturen bereits jetzt oft erbracht i. S. von Team-Beratungen, Fallbesprechungen, Mitbehandlungen durch in der BAG Tätige usw.) – die BAG kann also durchaus als bestehende Einheit multiprofessionelle Versorgung anbieten.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).			
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3	<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzwerk befinden.	allen	Es ist bedauerlich, dass sich bei Netzgründungen vielfach kein Krankenhaus zur Kooperation bereit fand. Bei erklärter Bereitschaft zur Kooperation mit einem Netzwerk soll es Krankenhäusern möglich sein, dies zu leben.	Nach bestehender Richtlinie haben in vielen Regionen Deutschlands sich in Gründung befindende Netzverbünde kein Krankenhaus gefunden, welches zur Kooperation bereit war – damit war diese Festlegung ein wesentlicher Verhinderungsgrund für die Netzwerkgründung.
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7	<u>KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.	KBV	Wir stimmen der Haltung der KBV zu.	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 6	<u>Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPtK</u>	allen	Es handelt sich um eine folgerichtige Anpassung.	
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6] , § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4	<u>Lockerung: Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.	allen	Die Erleichterung des Nachweises der Vernetzungsvoraussetzungen ist zu begrüßen!	Damit wird ein starker Hinderungsgrund der ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen zur verbindlichen Vernetzung ausgeräumt.
§ 3 Absatz 11	<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die	allen	Auch hier handelt es sich um Vereinfachungen des Verfahrens und dem sollte man zustimmen.	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Erstszkassen und den Landeskrankenhausesgesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.			
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).		Wir stimmen der Position der KBV zu! Die Vorgabe, dies quartalsweise zu melden, ist Überregulierung. Bei Änderung der Versorgungsmöglichkeiten muss eine Anpassung in den Veröffentlichungsorganen vorgenommen werden.	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 4 Absatz 1	<u>Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.</u>	allen	Keine Einwände.	
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3	<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>	allen	Die Streichung der Festlegung der Bezugsarzt/-psychotherapeutenfunktion auf einen vollen Versorgungsauftrag wird begrüßt.	Wir hatten bereits in unseren Stellungnahmen 2021 dafür plädiert, halbe Versorgungsaufträge einzubeziehen.
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]	<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung /		Wir teilen die Position der KBV.	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.			
§ 4 Absatz 3 Nummer 2	Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten.</u>	allen	Da es sich hierbei um eine Kernaufgabe des Bezugsarztes/ -therapeuten handelt, stimmen wir vollumfänglich zu!	
§ 6 Absatz 1 Nr. 2	<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG: sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV: zwei Wochen.		Wir stimmen der Position der KBV zu.	
§ 6 Absatz 1 Nummer 3	<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV: sieben Werktagen (wie bisher), KBV: vier Wochen.		Wir stimmen der Position der KBV zu.	
§ 6 Absatz 1 Nummer 5	<u>Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.</u>		Die vorgesehene Änderung ist zu begrüßen.	
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1,	<u>Telematikinfrastruktur:</u> Die Kommunikation der	allen	Diese Änderung ist zu begrüßen.	Diese Änderung ist zu begrüßen, weil damit flexibel die jeweils

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6	Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telemedizininfrastruktur erfolgen.			neuen und in der Versorgung praktikablen Kommunikationswege genutzt werden können – Anpassungen können schwellenarm umgesetzt werden
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).		Wir stimmen der Position der KBV zu.	
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)	<u>KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote</u> Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.	<u>KBV</u>	Wir stimmen der Position der KBV zu.	Therapeutisch ist die Gruppentherapie sinnvoll, weil neben dem psychoedukativen der gruppendynamische Effekt zum Tragen kommt. Es handelt sich hier nicht um eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung – diese ist in der Regel mit hohen Anforderungen an die Teilnahme gebunden – Patienten mit schwerer psychischer Beeinträchtigung sind meist nicht in der Lage, von dieser Intervention zu profitieren oder

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				erfüllen die Eingangsvoraussetzungen dafür nicht. Gerade für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind niedrigschwellige und offene Gruppenangebote eine gute Möglichkeit, Teilhabe-Fähigkeiten wieder zu entwickeln.
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)	<u>PatV: Lockerung Qualitätsvorgaben</u> Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagement-verfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. <u>GKV-SV/KBV/DKG: Beibehaltung der bisherigen Vorgaben,</u> dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.	<u>PatV</u>	Wir stimmen der Position der KBV zu.	Qualitätssicherung ist bedeutend in der Patientenversorgung. Die bestehenden Regelungen der KSVPsych-RL sollten also beibehalten werden.
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5	<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u>		Differentialdiagnostik sollte somatisch UND	Von einer fachärztlichen Beurteilung kann abgesehen werden,

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3	GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die		psychotherapeutisch erfolgen, um alle Aspekte der Versorgung prüfen und bei Bedarf diese einleiten zu können.	wenn der in die Netzversorgung eintretende Patient zeitnah vorher in fachklinischer Behandlung war und ein adäquater Entlassbericht vorliegt. So hatten wir bereits in unseren Stellungnahmen 2021 votiert.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.			
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]	GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.	GKV-SV	Die Prüfung der Einbeziehung eines Psychotherapeuten bei vorwiegend psychiatrischer Behandlung kann im Rahmen der Differenzialdiagnostik erfolgen.	
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1	Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.	allen	Dem ist zuzustimmen.	
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]	GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i>	GKV-SV	Dem ist zuzustimmen.	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.			
§ 9 Absatz 1	Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).	allen	Dem ist zuzustimmen.	
§ 11 Absatz 1	Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ wird gestrichen	allen	Dem ist zuzustimmen.	
§ 11 Absatz 6	Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.	allen	Dem ist zuzustimmen.	

25.03.2025

25.03.2025

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie Ihre Stellungnahme zur Synopse der Beschlussvorhaben zur KSVPsych-RL in die folgende Tabelle ein.

Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V. (BAG KT) im Auftrag ihrer Mitgliedsgesellschaft, der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft (DMtG)
30.4.2025

Für allgemeine Anmerkungen steht Ihnen die folgende Tabellenzeile zur Verfügung.

Herzlichen Dank für die Gelegenheit zur Stellungnahme! Leider ist Musiktherapie wie alle Künstlerischen Therapien kein Gegenstand der Richtlinie. Insofern sehen wir keine Möglichkeit, inhaltlich zum Änderungsentwurf Stellung zu nehmen. Wahrscheinlich wäre für die Aufnahme Künstlerischer Therapien eine berufsrechtliche Regelung Voraussetzung? Wir arbeiten auf eine solche Regelung hin und würden uns über Unterstützung dieser Bemühungen freuen. Alternativ würden wir uns auch über eine Aufnahme Künstlerischer Therapien in die KSVPsych-RL freuen!

Bitte wählen Sie aus, zu welchen Änderungen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten und fügen Sie diese unter „Stellungnahme“ und „Begründung“ ein. Bitte geben Sie ggf. auch an, auf welche Position (GKV-SV, KBV, DKG, PatV, alle) sich Ihre Stellungnahme bezieht.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 2 Absatz 2	<u>Definition der Patientengruppe:</u>			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM			
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2 § 3 Absatz 2 Satz 6 ff § 3 Absatz 9 Satz 7	<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzverbund ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.			
§ 3 Absatz 2 Satz 1	<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte)			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug			
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3) Nummer 4	<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	allen		
§ 3 Absatz 2 Satz 3	<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] (PatV fünf) Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)	<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.			
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]	<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).			
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3	<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	<i>anzustreben; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.</i>			
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7	<u>KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.	KBV		
§ 3 Absatz 6	<u>Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BpTK</u>	allen		
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6],	<u>Lockerung:</u> <u>Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4	vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.			
§ 3 Absatz 11	<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Landeskrankenhausgesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Informationen an die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.			
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).			
§ 4 Absatz 1	<u>Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.</u>	allen		
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3	<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]	<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.			
§ 4 Absatz 3 Nummer 2	Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten.</u>	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 6 Absatz 1 Nr. 2	<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG: sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV: zwei Wochen.			
§ 6 Absatz 1 Nummer 3	<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV: sieben Werktagen (wie bisher), KBV: vier Wochen.			
§ 6 Absatz 1 Nummer 5	<u>Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.</u>			
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6	<u>Telematikinfrastuktur:</u> Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastuktur erfolgen.	allen		
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u>			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).			
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)	<u>KBV:</u> <u>Niedrigschwellige Gruppenangebote</u> Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.	<u>KBV</u>		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)	<u>PatV:</u> <u>Lockerung Qualitätsvorgaben</u> Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. <u>GKV-SV/KBV/DKG:</u> <u>Beibehaltung der bisherigen Vorgaben,</u> dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten	<u>PatV</u>		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.			
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3	<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.			
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]	GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in	GKV-SV		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.			
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1	Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.	allen		
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]	GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.	GKV-SV		
§ 9 Absatz 1	Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja,	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).			
§ 11 Absatz 1	Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ wird gestrichen	allen		
§ 11 Absatz 6	Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrastuktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.	allen		



Verband der
Krankenhausdirektoren
Deutschlands e.V.
Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen



**BAG
Psychiatrie**

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Träger
Psychiatrischer Krankenhäuser

BAG Psychiatrie, c/o Vitos, Akazienweg 10, 34117 Kassel

**Vorsitzender
Reinhard Belling**

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

**Gemeinsame Stellungnahme der BAG Psychiatrie und
des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)
zur Anpassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende,
koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer
psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder
psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)**

Kassel, 30.04.2025

Sehr geehrte Damen und Herren,

BAG Psychiatrie
c/o Vitos
Vorsitzender:
Reinhard Belling

bezugnehmend auf Ihr Anschreiben vom 26. März 2025 nehmen wir gerne
die Gelegenheit zur Stellungnahme in Bezug auf die Anpassung der
Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und
strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke
Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen
Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) wahr.

Postanschrift
Postfach 10 24 07
34024 Kassel

Hausanschrift
Akazienweg 10
34117 Kassel

Tel. +49 5 61 50 60 07 01

bag@vitos.de
www.bag-psychiatrie.de

Das aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der
Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) **ausgefüllte Formular**
zur Abgabe einer Stellungnahme in Bezug auf die geplante Änderung der
Richtlinie fügen wir diesem Schreiben bei.

Die KSVPsych-RL hat bisher nicht zu dem gewünschten Erfolg geführt.
Dies ist bedauerlich, da die Zielsetzung der Verbesserung der Versorgung
psychisch schwer Erkrankter uneingeschränkt unterstützenswert ist. Die
Gründe hierfür liegen aus Trägersicht in dem zu hohen Bürokratieaufwand
sowie dass diesem keine angemessene Vergütung für die Kliniken
gegenübersteht.

Die Kliniken müssen in weiten Teilen Antworten auf den Fachkräftemangel
finden. Dies gilt insbesondere auch für den ärztlichen Bereich. Diese
Situation erlaubt es nicht, die knappen Ressourcen bürokratielastig
einzusetzen.

Insofern begrüßen wir die vorgesehenen Änderungen, sie sind ein Schritt in die richtige Richtung. Inwiefern er hinreichend ist, ist selbstverständlich nicht abschließend zu einzuschätzen. Wir bewerten dies jedoch noch zurückhaltend.

Insofern unterstützen wir es, wenn zukünftig Verbünde auch ohne Kliniken zustande kommen können. Solche Verbünde sind u.U. nicht der Idealfall, können gleichwohl die Versorgungsstrukturen verbessern, denn der Grundgedanke der KSVPsych-RL ist zu begrüßen – insbesondere was den strukturierten Austausch und die angestrebte Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen außerhalb des SGB V angeht. Mit der Gründung eines Netzverbundes haben verschiedenste Leistungserbringer die Möglichkeit, sich sektorenübergreifend zusammenzuschließen – die Richtlinie bietet damit theoretisch neue Gestaltungsmöglichkeiten in der ambulanten Regelversorgung schwer psychisch kranker Menschen – über eine Vernetzung im Gemeindepsychiatrischen Verbund hinaus.

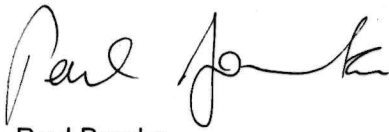
Im Rahmen sektorenübergreifender Behandlungsprozesse sind die Fachanwendungen der Telematik-Infrastruktur von entscheidender Bedeutung. Bis heute haben die *Kommunikation im Medizinwesen (KIM)* bzw. entsprechende Kommunikationsoptionen über KIM-Mails oder *TI-Messenger-Lösungen* keine ausreichende Durchdringung, um die wachsenden intersektoralen Abstimmungs- und Kollaborationsanforderungen performant, rechtskonform und aufwandsarm abzubilden – dies gilt insbesondere für die in der KSVPsych-RL vorgesehenen Netzverbünde. Auch die in den aktuellen Änderungsvorschlägen benannte Nutzung der *elektronischen Patientenakte (ePA)* bildet sich aufgrund des aktuell noch stark eingeschränkten Nutzungsgrades auf Leistungserbringer- und Patientenseite derzeit in der Praxis noch nicht ab. Hier liegt also noch viel Wegstrecke vor den Beteiligten. Wir bitten ausdrücklich, dieses Themenfeld in den weiteren Beratungen zu berücksichtigen.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Reinhard Belling
Vorsitzender der BAG Psychiatrie



Paul Bomke
Fachgruppenvorsitzender VKD

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie Ihre Stellungnahme zur Synopse der Beschlussvorhaben zur KSVPsych-RL in die folgende Tabelle ein.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG Psychiatrie) Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)
17.04.2025

Für allgemeine Anmerkungen steht Ihnen die folgende Tabellenzeile zur Verfügung.

Allgemeine Anmerkungen

Bitte wählen Sie aus, zu welchen Änderungen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten und fügen Sie diese unter „Stellungnahme“ und „Begründung“ ein. Bitte geben Sie ggf. auch an, auf welche Position (GKV-SV, KBV, DKG, PatV, alle) sich Ihre Stellungnahme bezieht.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 2 Absatz 2	<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM	<u>KBV/DKG</u>	<u>Eine Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM ist zu begrüßen.</u>	<u>Der F0/G30-Bereich sollte per se nicht ausgeschlossen werden. Den Anforderungen (insbesondere im gerontopsychiatrischen Bereich) ist in der KSVPsych-RL Rechnung zu tragen.</u>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2 § 3 Absatz 2 Satz 6 ff § 3 Absatz 9 Satz 7	<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzverbund ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG - PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.	<u>DKG</u>	<u>Ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder ermächtigten Leistungserbringern sowie ein zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassendes MVZ oder eine örtliche Berufsausübungsgemeinschaft gehören aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) zu den teilnahmeberechtigten Leistungserbringern eines Netzverbundes.</u>	<u>Die MVZ-Strukturen gehören aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) in die Konzeption / Definition eines Netzverbundes.</u>
§ 3 Absatz 2 Satz 1	<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug	DKG/Pat V	Der Einbezug ermächtigter Leistungserbringer ist aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) vorzusehen.	Ärztliche und psychotherapeutische Leistungserbringer mit persönlicher Ermächtigung (insbesondere in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, stationären Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation) ergänzen die

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Netzverbünde aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) sinnvoll.
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3) Nummer 4	<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes)	allen	<u>Ergänzung ist aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) sinnvoll.</u>	<u>Entspricht der Nomenklatur im Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung</u>
§ 3 Absatz 2 Satz 3	<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzwerk</u> Der Netzwerk umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] (PatV fünf) Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.	<u>GKV/KBV /DKG</u>	<u>Der Netzwerk umfasst - statt mindestens insgesamt 10 – sechs Fachärzte und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.</u>	<u>Die nach unten korrigierten Anforderungen decken die Realität (Verfügbarkeit von Fachkräften im Netzwerk) besser ab als die ursprünglichen Anforderungen.</u>
§ 3 Absatz 2 Satz 4	<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzwerk:</u>	<u>DKG/Pat V</u>	<u>Ein Facharzt verfügt über einen vollen und ein Psychotherapeut</u>	<u>Aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der</u>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
(siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)	GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.		<u>über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung.</u> <u>Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.</u>	<u>Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) ist die DKG-/PatV-Formulierung zu präferieren, da flexibler und der aktuellen Versorgungslandschaft/-lage entsprechend.</u>
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]	<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG	<u>KBV/DKG</u>	<u>Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen.</u>	<u>Aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) ist die KBV-/DKG-Formulierung zu präferieren, da flexibler und der aktuellen</u>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).		<u>davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung.</u>	<u>Versorgungslandschaft/-lage entsprechend.</u>
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3	<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.	allen	<u>Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern anzustreben; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.</u>	<u>Anpassung aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) sinnvoll. Eine Verpflichtung ist zu restriktiv und verhindert u.U. die Bildung funktionierender Netzverbünde.</u>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7	<u>KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.	KBV		
§ 3 Absatz 6	<u>Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPtK</u>	allen	ok	Siehe Musterweiterbildungsordnungen der BPtK
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6], § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertragspartner),	<u>Lockerung:</u> <u>Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen,	allen	Die Lockerung ist aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) zu begrüßen.	Hierdurch wird der Bürokratieaufwand aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) reduziert.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4	z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.			
§ 3 Absatz 11	<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den Landeskrankenhausesgesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche	allen	<u>ok</u>	<u>Transparenz und Auffindbarkeit der Netzverbünde werden hierdurch verbessert.</u>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	des Nationalen Gesundheitsportals.			
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).	<u>KBV/DKG</u>	<u>Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).</u>	<u>Hier sollte keine Vorgabe zur Frequenz gemacht werden, da dies den bürokratischen Aufwand erhöht.</u>
§ 4 Absatz 1	<u>Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.</u>	allen		
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3	<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>	allen		
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]	<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des	<u>DKG/PatV</u>	<u>Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende</u>	<u>Aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) ist die DKG-/PatV-Formulierung zu</u>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.		<u>Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.</u>	<u>präferieren. Vorgaben zur telefonischen Erreichbarkeit sind aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) deswegen schwierig, da bisher zu wenige Erfahrungswerte aus Netzverbünden über den zeitlichen Umfang der telefonischen Erreichbarkeit vorliegen.</u>
§ 4 Absatz 3 Nummer 2	Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten.</u>	allen		
§ 6 Absatz 1 Nr. 2	<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG: sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV: zwei Wochen.	<u>GKV-SV/DKG</u>	<u>sieben Werktagen (wie bisher)</u>	<u>Sieben Tage sind sinnvoll – eine verlängerte Frist würde das übergeordnete Ziel der KSVPsych-RL konterkarieren (zeitnahe</u>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				<u>Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten).</u>
§ 6 Absatz 1 Nummer 3	<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV : sieben Werktagen (wie bisher), KBV : vier Wochen.	<u>GKV-SV/DKG/PatV</u>	<u>Sieben Werktage (wie bisher)</u>	Sieben Tage sind sinnvoll – eine verlängerte Frist würde das übergeordnete Ziel der KSVPsych-RL konterkarieren (<u>zeitnahe Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten).</u>
§ 6 Absatz 1 Nummer 5	<u>Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.</u>			
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6	<u>Telematikinfrastruktur:</u> Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.	allen	<u>Eine funktionierende Kommunikation aller Netzverbundmitglieder über die TI ist wünschenswert.</u>	<u>Hierfür sind insbesondere die Kommunikation im Medizinwesen (KIM) – aber perspektivisch auch TI-Messenger-Lösungen - vorgesehen. Allerdings erfolgt bisher auf Ebene der Leistungserbringer wenig Korrespondenz über die KIM (Einschätzung BAG). Viele Krankenhäuser haben zum derzeitigen Stand die Integration der KIM-Postfächer in das KIS noch nicht abgeschlossen. Zudem</u>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				<u>ergibt sich bei größeren Verbünden mit tagesklinischen und ambulanten Strukturen aktuell die Herausforderung der Implementierung vieler (kostenpflichtiger) KIM-Mailadressen für die Einzelstandorte, die beantragt und verwaltet werden müssen. Hier ist (aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)) der erforderliche Umsetzungsgrad in Bezug auf die TI noch nicht gegeben.</u>
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).		<u>Die DKG-Position wird unterstützt</u>	
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)	<u>KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote</u>	<u>KBV</u>	<u>Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb</u>	<u>Aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren</u>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.		<u>der KSVPsych-Versorgung sind aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) wünschenswert.</u>	<u>Deutschlands e.V. (VKD) wünschenswert – allerdings liegen bisher keinerlei Erfahrungswerte zur Umsetzbarkeit vor.</u>
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)	PatV: Lockerung <u>Qualitätsvorgaben</u> Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. GKV-SV/KBV/DKG: <u>Beibehaltung der bisherigen Vorgaben,</u> dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.	GKV-SV/KBV/DKG	<u>Beibehaltung der bisherigen Vorgaben sinnvoll.</u>	<u>Position der DKG wird aus Qualitätsgründen unterstützt</u>
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5	<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u>	GKV-SV / DKG	<u>GKV/DKG Position wird unterstützt</u>	<u>Der KBV-Vorschlag zur verpflichtenden</u>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3	GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten.			<u>Differentialdiagnostik durch Facharzt und Psychotherapeut wird in der Praxis nur aufwendig umsetzbar sein und zu nicht unerheblichen Zeitverzögerungen führen.</u>

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.			
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]	GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.	GKV-SV	Wird unterstützt	
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1	Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt;	allen	Wird unterstützt	Im Sinne von SGB- übergreifenden Hilfsangeboten für schwer erkrankte Klienten sinnvoll

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.			
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]	GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.	GKV-SV		
§ 9 Absatz 1	Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).	allen	Wird unterstützt	Gewährleistet den erforderlichen interdisziplinären Austausch
§ 11 Absatz 1	Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessments“ wird gestrichen.	allen	Wird unterstützt	Muss nicht expliziert werden – die Vorgaben zum Entlassmanagement sind klar definiert (Rahmenvertrag

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				Entlassmanagement in der jeweils gültigen Fassung).
§ 11 Absatz 6	Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrastuktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.	allen	Eine funktionierende Kommunikation aller Netzverbundmitglieder über die TI ist wünschenswert.	Hierfür sind insbesondere die Kommunikation im Medizinwesen (KIM) – aber perspektivisch auch TI-Messenger-Lösungen - vorgesehen. Allerdings erfolgt bisher auf Ebene der Leistungserbringer wenig Korrespondenz über die KIM (Einschätzung BAG und VKD). Viele Krankenhäuser haben zum derzeitigen Stand die Integration der KIM-Postfächer in das KIS noch nicht abgeschlossen. Zudem ergibt sich bei größeren Verbünden mit tagesklinischen und ambulanten Strukturen aktuell die Herausforderung der Implementierung vieler (kostenpflichtiger) KIM-Mailadressen für die Einzelstandorte, die beantragt und verwaltet werden müssen. Hier ist (aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)) der

25.03.2025

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				erforderliche Umsetzungsgrad in Bezug auf die TI noch nicht gegeben.

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie Ihre Stellungnahme zur Synopse der Beschlussvorhaben zur KSVPsych-RL in die folgende Tabelle ein.

Deutscher Caritasverband e.V (DCV e.V.) und Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V (CBP e.V.) gemeinsam für die Caritas

Für allgemeine Anmerkungen steht Ihnen die folgende Tabellenzeile zur Verfügung.

Die Caritas bedankt sich herzlich für die Möglichkeit zur Abgabe einer Stellungnahme zur Anpassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL). Der Deutsche Caritasverband und sein Fachverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP) nehmen die Gelegenheit zur Stellungnahme gern gemeinsam wahr. Eine gute Versorgung von Menschen mit komplexen und schweren psychischen Erkrankungen, darunter auch Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, ist beiden Verbänden ein großes Anliegen. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es wichtig, die Gründung von Netzverbänden zu vereinfachen und bestehende Hürden abzubauen.

Bitte wählen Sie aus, zu welchen Änderungen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten und fügen Sie diese unter „Stellungnahme“ und „Begründung“ ein. Bitte geben Sie ggf. auch an, auf welche Position (GKV-SV, KBV, DKG, PatV, alle) sich Ihre Stellungnahme bezieht.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 2 Absatz 2	<u>Definition der Patientengruppe:</u>	KBV/DKG	DCV e.V. unterstützt die Aufnahme der Diagnosegruppe F00-F99 des ICD-10-GM	Menschen mit demenziellen Erkrankungen und Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM			bedürfen oft einer multimodalen berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung, die derzeit als besondere und indikationsspezifische Leistung nicht zur Verfügung steht. Sie sind ohne fremde Hilfe nicht imstande, das planvolle Ineinandergreifen unterschiedlicher notwendiger Einzelleistungen zu organisieren. Für niedergelassene Neurologen/Psychiater/neuropsychologische Leistungserbringer steht für die notwendige Planung und Koordination der Einzelleistungen derzeit keine geeignete Refinanzierungsmöglichkeit bereit.
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2 § 3 Absatz 2 Satz 6 ff § 3 Absatz 9 Satz 7	<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzwerk ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der	GKV-SV/KBV/DKG	Der DCV e.V. unterstützt die Aufnahme von ermächtigten Leistungserbringern sowie MVZ und BAG in den Kreis der Leistungserbringer, die sich zu einem Netzwerk zusammenschließen dürfen.	Um eine möglichst flächendeckende Versorgung mit Netzwerken sicherzustellen, ist es notwendig, möglichst keine Organisationsform auszuschließen, die grundsätzlich imstande wäre, sich an der

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.			Versorgung innerhalb eines Netzverbundes zu beteiligen. Es geht darum, das Versorgungspotenzial so zu nutzen, wie es regional verfügbar ist.
§ 3 Absatz 2 Satz 1	<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug	DKG/Pat V.	Die Einbeziehung ermächtigter Leistungserbringer wird unterstützt.	Um eine möglichst flächendeckende Versorgung mit Netzverbünden sicherzustellen, ist es notwendig, möglichst keine Berufsgruppe auszuschließen, die grundsätzlich imstande wäre, sich an der Versorgung innerhalb eines Netzverbundes zu beteiligen. Es geht darum, das Versorgungspotenzial so zu nutzen, wie es regional verfügbar ist.
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3) Nummer 4	<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).		Die Einbeziehung von Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten einschließlich der Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für	Die Einbeziehung von Fachpsychotherapeutinnen und -therapeuten ist nach der Änderung des Psychotherapeuten-Gesetzes folgerichtig.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
			Neuropsychologische Psychotherapie wird begrüßt.	Bei Aufnahme der Diagnosegruppe F.00-F.99 in den Kreis der nach dieser Richtlinie behandelbaren Diagnosen dürfen Fachpsychotherapeutinnen und -therapeuten für Neuropsychotherapie, die auf die Behandlung dieser Indikationen beschränkt sind, nicht von der Teilnahme ausgeschlossen werden. Die wenigen Berufsträger auf diesem Fachgebiet bilden eine wichtige und speziell qualifizierte Säule der Behandlung gerade dieser Patientengruppe und sollten an der Versorgung teilnehmen können
§ 3 Absatz 2 Satz 3	<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] (PatV fünf) Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen	GKV/KBV /DKG	Der DCV e.V. unterstützt die Reduzierung der notwendigen Zahl der Fachärztinnen und Fachärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von zehn auf sechs Darunter sollten mindestens jeweils zwei (statt vier)	Um eine möglichst flächendeckende Versorgung mit Netzverbünden sicherzustellen, ist es notwendig, keine unerfüllbar hohen Anforderungen an die Mindestzahl der fachärztlichen/psychotherapeutischen Berufsträger zu stellen.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.		Fachärztinnen bzw. Fachärzte und zwei Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten sein	Es geht darum, das Versorgungspotenzial so zu nutzen, wie es regional verfügbar ist und zugleich einen verlässlichen hohen qualitativen Standard zu gewährleisten. Hierfür scheint die Absenkung der bisherigen Mindestzahlen geeignet. Eine Absenkung auf weniger als sechs approbierte Berufsträger, wovon mindestens zwei Fachärzte/Fachärztinnen und zwei Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten sein müssen, würde dem angestrebten Charakter des Netzverbundes zuwiderlaufen und eine qualitativ hochwertige berufsgruppenübergreifende strukturierte Versorgung wäre nur schwer vorstellbar.
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von	<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag.	DKG/Pat V	Ein Facharzt verfügt über einen vollen und ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entspr. Anstellungsgenehmigung.	Bei der Zielgruppe der Richtlinie handelt es sich gerade um schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf handelt. Ein Psychologischer Psychotherapeut kann keine vollumfängliche

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)	KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.			psychiatrische Behandlung bei dieser Patientengruppe gewährleisten.
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]	<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen	KBV/DKG	DCV e.V. unterstützt die Privilegierung der MVZ/BAG im Interesse einer höheren Flexibilität bei der Errichtung von Netzverbünden.	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).			
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7	<u>KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.	KBV	Die Position der KBV wird unterstützt.	Es ist im Interesse des Abbaus von Hürden zur Errichtung eines Netzverbundes begrüßenswert, die Kooperation mit einem Krankenhaus nicht mehr verpflichtend vorzuschreiben. Für den Fall, dass eine solche Kooperation nicht gelingt, muss trotzdem sichergestellt sein, dass es eine suffiziente Krisenbetreuung gibt. Ein Nachweis, sowohl der erfolglosen Bemühungen um die Kooperation mit einem Krankenhaus, als auch über ein Krisenkonzept sind ein guter Weg, um sicherzustellen,

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				dass eine Krisenversorgung im Netzverbund gewährleistet werden kann.
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).	KBV/DKG	Hier sollte wie bisher keine Vorgabe zur Frequenz gemacht werden.	Eine Erhöhung des bürokratischen Aufwandes sollte im Interesse einer möglichst flächendeckenden Errichtung von Netzverbünden vermieden werden.
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]	<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugssarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugssarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche.	<u>DKG/PatV</u>	Die Position der DKG/PatV wird unterstützt.	Es erscheint sinnvoll, für den Bezugssarzt bzw. Bezugspsychotherapeuten wenigstens einen halben Versorgungsauftrag/Anstellungsgenehmigung/Tätigkeit in PIA zu fordern. Die telefonische Erreichbarkeit des Bezugssarztes/Bezugspsychotherapeuten oder sogar lediglich der (nichtärztlichen) koordinierenden Person) von jeweils 50 Minuten

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.			an vier Tagen der Woche wird dem komplexen Behandlungsbedarf der Patient:innen, der mitunter gerade zügige Interventionen erfordert und rasch wechseln kann, nicht gerecht. Eine qualitativ hochwertige Versorgung wäre auf diese Weise nur schwer abzusichern.
§ 6 Absatz 1 Nr. 2	<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG: sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV: zwei Wochen.	GKV-SV/DKG	Der DCV e.V setzt sich für die Beibehaltung der siebentägigen Frist bis zur Eingangssprechstunde ein.	Eine verlängerte Frist würde das übergeordnete Ziel der KSVPsych-RL konterkarieren möglichst frühzeitigen Zugang zu Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten zu gewähren.
§ 6 Absatz 1 Nummer 3	<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV: sieben Werktagen (wie bisher), KBV: vier Wochen.	GKV-SV/DKG/ PatV	Die Frist für die differentialdiagnostische Abklärung soll unverändert 7 Werktage betragen.	Auch hier besteht die Befürchtung, dass eine Verlängerung der Fristen der Versorgung des Personenkreises nicht wirklich gerecht wird.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6	<u>Telematikinfrastruktur</u> : Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.	allen	Eine funktionierende Kommunikation aller Netzverbundmitglieder über die TI ist wünschenswert.	Hierfür sind insbesondere die Kommunikation im Medizinwesen (KIM) – aber perspektivisch auch TI-Messenger-Lösungen - vorgesehen. Allerdings erfolgt bisher auf Ebene der Leistungserbringer wenig Korrespondenz über die KIM. Viele Krankenhäuser haben zum derzeitigen Stand die Integration der KIM-Postfächer in das KIS noch nicht abgeschlossen. Zudem ergibt sich bei größeren Verbünden mit tagesklinischen und ambulanten Strukturen aktuell die Herausforderung der Implementierung vieler (kostenpflichtiger) KIM-Mailadressen für die Einzelstandorte, die beantragt und verwaltet werden müssen. Hier ist der erforderliche Umsetzungsgrad in Bezug auf die TI noch nicht gegeben.
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u>	GKV-SV/DKG/PatV	Patientenorientierte Fallbesprechungen sollen weiterhin mindestens zweimal im Quartal stattfinden.	Die berufsgruppenübergreifenden patientenorientierten Fallbesprechungen bilden ein

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).			Kernelement der Versorgung im Netzverbund und sind aus gutem Grund gerade für die Versorgung von Patient:innen mit komplexem Behandlungsbedarf implementiert worden. Die Behandlungsbedarfe bei dieser Gruppe von Patienten sind nicht selten von einer großen Dynamik geprägt, über die sich die Verbundpartner:innen und Patient:innen möglichst zeitnah miteinander verständigen sollten. Sie dienen zudem der Transparenz des gesamten Behandlungsprozesses für alle Beteiligten.
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)	KBV: <u>Niedrigschwellige Gruppenangebote</u> Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.	KBV	Die Anregung, zusätzliche niedrigschwellige Gruppenangebote einzuführen, wird begrüßt und unterstützt.	Der Ergebnisbericht des NPPV-Projekts bewertet die Wirksamkeit von und die Nachfrage nach niedrigschwelligen Gruppenangeboten positiv. Sie können die Behandlung im Netzverbund wirksam unterstützen.
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)	PatV: <u>Lockerung Qualitätsvorgaben</u>	PatV	Die Anregung, die Qualitätsvorgaben zu lockern	Der Verzicht auf ein formales Qualitätsmanagement und die

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. <u>GKV-SV/KBV/DKG:</u> <u>Beibehaltung der bisherigen Vorgaben,</u> dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.		wird begrüßt. Die Vereinbarung von Qualitätsstandards wird als ausreichend erachtet. Die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsangeboten ergibt sich bereits aus den jeweiligen berufsrechtlichen Regelungen der unterschiedlichen Professionen. Weiter gehende Maßnahmen, die lediglich einer zusätzlichen Dokumentation der ohnehin stattfindenden Fortbildungen dienen, sind deshalb entbehrlich.	Lockerung der Verpflichtung zum Nachweis von Fortbildungen innerhalb des Netzverbundes baut weitere bürokratische Hürden zur Errichtung von Netzverbünden ab und korreliert gut mit der ebenfalls angestrebten Ent-Formalisierung der vertraglichen Verbindungen zwischen den Partnern des Netzverbundes.
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3	<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender	PatV	Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.	Die Änderung setzt die Anforderungen an die Differentialdiagnostik nur insofern herab, als sie bei behandlungsleitender somatischer Diagnose nicht mehr zwingend durch den <i>Bezugsarzt</i> erfolgen muss. Dieser Vorschlag trägt dem Umstand der Diversität in der

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen			personellen Zusammensetzung der Netzverbünde Rechnung und sorgt für mehr Flexibilität bei der Funktionszuordnung

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.			
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]	GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.	GKV-SV	Auch bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung ist ein Psychotherapeut/eine Psychotherapeutin (verpflichtend) in die Behandlung einzubeziehen.	Der GKV-SV begründet seine Position mit der im angestrebten „ganzheitlichen Betrachtungsweise“ und der Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit. Dieses Ziel wird nicht erreicht, wenn die Einbeziehung eines Psychotherapeuten lediglich „anzustreben“. Deshalb soll sie zu einer Verpflichtung ausgebaut werden.

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie Ihre Stellungnahme zur Synopse der Beschlussvorhaben zur KSVPsych-RL in die folgende Tabelle ein.

Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung DPtV
30.04.2025

Für allgemeine Anmerkungen steht Ihnen die folgende Tabellenzeile zur Verfügung.

Allgemeine Anmerkungen
Die Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV) begrüßt die zeitnahe Überarbeitung der KSVPsychRL für Erwachsene. Die Evaluation des G-BA der Erstfassung der Richtlinie gibt die bestehenden Umsetzungshemmnisse sehr gut wieder. Wir haben Kommentierungen in den hier vorgelegten Entwurf eingefügt, die den dringenden Handlungsbedarf kennzeichnen. Diese Änderungen sollten nun zeitnah umgesetzt werden, so dass insbesondere Patient*innen mit schweren Störungen und komplexen Behandlungsbedarf profitieren.

Bitte wählen Sie aus, zu welchen Änderungen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten und fügen Sie diese unter „Stellungnahme“ und „Begründung“ ein. Bitte geben Sie ggf. auch an, auf welche Position (GKV-SV, KBV, DKG, PatV, alle) sich Ihre Stellungnahme bezieht.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 2 Absatz 2	<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM,	GKV-SV/PatV	Der Einbezug von weiteren Diagnosen des ICD-10 aus dem Kapitel F00 kann durchaus sinnvoll erfolgen	Da in den Netzverbünden sowohl neuropsychologische als auch psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Fachkompetenzen vorliegen, kann auch diese

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM			Patientengruppe sinnvoll im Rahmen der KSV-Psych-RL eingefügt werden
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2 § 3 Absatz 2 Satz 6 ff § 3 Absatz 9 Satz 7	<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzverbund ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.			
§ 3 Absatz 2 Satz 1	<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer	GKV-SV/KBV	Zustimmung	Die genaue Ausgestaltung der gesetzlich neu geschaffenen psychotherapeutischen und psychiatrischen Ermächtigungen für unterschiedliche Versorgungsgruppen ist derzeit noch nicht abzuschätzen. Die Entscheidung über die Aufnahme

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	GKV-SV/KBV: Kein Einbezug			sollte zu einem späteren Zeitpunkt überprüft werden.
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3] Nummer 4	<u>Ergänzung um</u> <u>Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	allen	Zustimmung	Sachgerecht
§ 3 Absatz 2 Satz 3	<u>Anzahl der Fachärztinnen und</u> <u>Fachärzte/</u> <u>Psychotherapeutinnen und</u> <u>Psychotherapeuten im</u> <u>Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] (PatV fünf] Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.	GKV/KBV /DKG	Zustimmung	Niedrigschwellige Netzbildung ermöglichen
§ 3 Absatz 2 Satz 4	<u>Umfang Versorgungsaufträge</u> <u>im Netzverbund:</u>	KBV	Zustimmung	Niedrigschwellige Netzbildung. Anteilige Versorgungsaufträge

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
(siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)	GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.			können ebenfalls das gesamte Versorgungsspektrum vorhalten
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]	<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).			
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3	<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.	allen	Zustimmung	Niedrigschwellige Praktikabilität Kooperationen mit stationären Einrichtungen kann auch ohne eine vertragliche Bindung der stationären Einrichtung im für die Versorgung der Patient*innen notwendigen Umfang gestaltet werden.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7	<u>KBV:</u> Ausnahmeregel von <u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.	KBV	Zustimmung	In begründeten Ausnahmefällen müssen Abweichungen möglich sein, zugunsten der Ermöglichung von Netzverbünden
§ 3 Absatz 6	<u>Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPtK</u>	allen	Zustimmung	sachgerecht
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6] , § 3 Absatz 3 Satz 1,	<u>Lockerung:</u> <u>Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-	allen	Zustimmung	Sachgerecht. Regelung mindert den administrativen Aufwand der Netzgründung.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4	RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.			
§ 3 Absatz 11	<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften zur Verfügung.	allen	Zustimmung	sachgerecht

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.			
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).	KBV/DKG	Zustimmung	Derzeit keine Veränderungsnotwendigkeit erkennbar. Eine statische Vorgabe einer Frequenz der Datenübermittlung schafft zusätzlichen bürokratischen Aufwand.
§ 4 Absatz 1	<u>Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.</u>	allen	Zustimmung	sachgerecht
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3	<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>	allen	Zustimmung	Sachgerecht
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]	<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut:</u>	GKV-SV/KBV	Zustimmung	Eine Leistungsbeschreibung ist sachdienlicher als bloße Strukturvorgaben.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.			
§ 4 Absatz 3 Nummer 2	Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten.</u>	allen	Zustimmung	Sachgerecht
§ 6 Absatz 1 Nr. 2	<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von	KBV/Pat V	Zustimmung	Zu enge Fristen können Versorgungsbarrieren provozieren. Zu kurze Fristen können für psychisch

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	GKV-SV/DKG: sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV: zwei Wochen.			erkrankte Menschen ungünstigen Termindruck erzeugen.
§ 6 Absatz 1 Nummer 3	<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV: sieben Werktagen (wie bisher), KBV: vier Wochen.	KBV	Zustimmung	Zu enge Fristen können Versorgungsbarrieren provozieren. Zu kurze Fristen können für psychisch erkrankte Menschen ungünstigen Termindruck erzeugen.
§ 6 Absatz 1 Nummer 5	<u>Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.</u>		Zustimmung	sachgerecht
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6	<u>Telematikinfrastruktur:</u> Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.	allen	Zustimmung	sachgerecht
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u>	<u>KBV</u>	Zustimmung	Eine patientenindividuelle Frequenz mit entsprechender Mindestvorgabe ist ressourcenschonend bei gleichzeitiger Sicherung einer

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).			ausreichenden Fallabstimmung einmal im Quartal
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)	<u>KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote</u> Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.	<u>KBV</u>	Zustimmung	Gerade schwer psychisch erkrankte Menschen können von Niedrigschwelligen psychotherapeutischen Angeboten profitieren. Ein Gruppenangebot ist zudem ressourcenschonend und effektiv einsetzbar
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)	<u>PatV: Lockerung Qualitätsvorgaben</u> Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. <u>GKV-SV/KBV/DKG:</u> <u>Beibehaltung der bisherigen Vorgaben,</u> dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten	<u>PatV</u>		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.			
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3	<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender	KBV PatV	Zustimmung Teilweise Zustimmung	Der gesetzliche Auftrag beschreibt, dass psychisch erkrankte Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf psychotherapeutisch und/oder psychiatrisch versorgt werden sollen. Eine berufsgruppenübergreifende Versorgung kann unseres Erachtens nur dann funktionieren und die Patient*innen können nur dann entsprechend profitieren, wenn die fachlichen Kompetenzen der beteiligten Berufsgruppen auch gleichermaßen eingebracht werden. Hier nur, wie im Vorschlag von GKV-SV/DKG vorgesehen, die fachärztliche Differentialdiagnostik vorzusehen, führt dazu, dass die diagnostischen Leistungen, der Psychotherapeut*innen den Patient*innen vorenthalten würden. Dies widerspricht sowohl modernen, interdisziplinären

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.			Behandlungsansätzen als auch der Intention des Gesetzgebers, hier beide Berufsgruppen mit ihren Kompetenzen gleichermaßen einzubringen. Bestimmte Leistungen aus dem Kernleistungsspektrum (Diagnostik) der Berufsgruppen ausklammern, macht hier also wenig Sinn. Weiterhin ist es den Psychotherapeut*innen zu ermöglichen, einen Gesamtbehandlungsplan ohne Einschränkungen zu erstellen. Gerade dazu dient die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Abstimmung, um jedes Mitglied der KSV-Psych Versorgung in die Lage zu versetzen, mit Hilfe des Verbundes eine komplexe Versorgungsleistung zu generieren und zu steuern. Die KSV-Psych-RL im Kinder- und Jugendbereich zeigt, dass dies ohne Einschränkungen möglich ist. Des weiteren wurde in der Evaluation die bisherige Umsetzung, so wie es jetzt weiterhin GKV-SV und DKG vorsehen, als eine zentrale Umsetzungshürde

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				benannt. Um diese auszuräumen, fordert die KBV unseres Erachtens völlig zurecht, dass hier eine wechselseitige fachliche Abklärung und keine bürokratisch vorgegebene Struktur, die Rolle der Behandlungscoordination zuteilt, sondern dies zwischen den Behandler*innen individuell abgestimmt werden kann. Nur so kann eine berufsübergreifende Versorgung, ihr volles Potential entfalten. Des Weiteren ist der in § 8 Abs.1 Satz 5 formulierte Ausschluss der Psychotherapeut*innen nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nr. 2 (ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) als Bezugsbehandler aufzuheben. Die hier angesprochenen Psychotherapeut*innen sind in der Regelversorgung selbstverständlich für diese Patientengruppen verantwortlich und Behandlungsleitend tätig- die

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
				somatische Abklärung ist, wie auch in der KSVPsychRL. durch das Konsiliarverfahren sowie den darüber hinaus stattfindenden interdisziplinären Austausch gewährleistet. Patient*innen in der KSVPsychRL. nun schlechter zu stellen als in der Regelversorgung hält Patient*innen wie auch die hier ausgeschlossenen Psychotherapeut*innen von einer Teilnahme an der Versorgung nach KSVPsychRL ab (siehe Ergebnis der Evaluation). Darüber hinaus ist Patient*innen in laufender Behandlung der Wechsel des Bezugsbehandlers nach Einschreibung in diese Versorgungsform aus rein formalen Gründen nicht zuzumuten.
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]	GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.	GKV-SV	Hinweis	Dies sollte bereits auf Diagnostikebene zu Beginn notwendig und etabliert sein und wird gut im KBV-Vorschlag (s.o.) abgebildet.
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung:	Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen,	allen	Zustimmung	sachgerecht

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 9 Absatz 1	werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.			
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]	GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.	GKV-SV	Ablehnung	Im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie findet bereits ein Anzeige- bzw. Genehmigungsverfahren statt. Der zusätzliche bürokratische Aufwand ist zu vermeiden.
§ 9 Absatz 1	Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).	allen	Zustimmung	Ermöglicht gleichberechtigte Versorgungsbeteiligung in kontinuierlicher Abstimmung.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 11 Absatz 1	Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ wird gestrichen	allen	Zustimmung	sachgerecht
§ 11 Absatz 6	Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.	allen	Zustimmung	sachgerecht

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Bitte tragen Sie Ihre Stellungnahme zur Synopse der Beschlussvorhaben zur KSVPsych-RL in die folgende Tabelle ein.

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)
29.04.2025

Für allgemeine Anmerkungen steht Ihnen die folgende Tabellenzeile zur Verfügung.

Allgemeine Anmerkungen
Die Versorgung durch die Netzverbünde nach der Richtlinie setzt bisher einen formalen Kooperationsvertrag mit nur einem der genannten Leistungserbringer voraus. Es ist zu begrüßen, dass es zukünftig keinen formalen Kooperationsvertrag mehr geben soll, die Kooperation u. ggf. einseitige Erklärungen der Leistungserbringer ausreicht. Die Möglichkeit, durch eine einseitige Willenserklärung Netzwerke zu bilden, kann Prozesse verschlanken und Bürokratiehürden abbauen. Auch die Reduktion der Kooperationspartnerzahl erachten wir für sinnvoll und als Beitrag, die Umsetzung vor Ort tatsächlich zu beschleunigen. In der Erstfassung der Richtlinie wurde nach entsprechenden Hinweisen auch des bpa, die Möglichkeit geschaffen, dass ein kooperierender zugelassener PsychHKP-Dienst für die Koordination der Versorgung eingesetzt werden kann. Allerdings ist die Beteiligung der Leistungserbringer für Soziotherapie/PsychHKP/Ergotherapie als Kooperationspartner für die Netzverbünde aus Fachärzten und Psychotherapeuten indes nach wie vor nicht zwingend. Wir erachten die Einbindung der psychiatrischen Pflege für eine funktionierende Versorgung weiterhin als absolut zentral und daher unabdingbar. Die Pflege leistet nicht nur Alltagsunterstützung, sondern hält auch den Kontakt, erkennt Krisen frühzeitig und sichert damit das Versorgungssystem mit ab. Hier braucht es eine angemessene Einbindung. Die Koordination gehört dabei aus unserer Sicht klar in den Bereich der aufsuchenden Pflege – und sollte an eine entsprechende Qualifikation, wie z. B. psychiatrische Fachkräfte oder Sozialarbeiter, gebunden sein. Eine rein ärztliche Koordination – ohne eigene Leistungserbringung – läuft schnell ins Leere und wird der Komplexität der Versorgung nicht gerecht.

Bitte wählen Sie aus, zu welchen Änderungen Sie eine Stellungnahme abgeben möchten und fügen Sie diese unter „Stellungnahme“ und „Begründung“ ein. Bitte geben Sie ggf. auch an, auf welche Position (GKV-SV, KBV, DKG, PatV, alle) sich Ihre Stellungnahme bezieht.

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 2 Absatz 2	<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM			
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2 § 3 Absatz 2 Satz 6 ff § 3 Absatz 9 Satz 7	<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzverbund ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 2 Satz 1	<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug			
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3) Nummer 4	<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	allen		
§ 3 Absatz 2 Satz 3	<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] (PatV fünf) Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier	PatV	<u>Diese Regelung wird ausdrücklich begrüßt.</u>	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.			
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)	<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]	<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).			
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3	<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert:	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.			
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7	<u>KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.	KBV		
§ 3 Absatz 6	<u>Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPtK</u>	allen	Diese Regelung wird ausdrücklich begrüßt.	

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6] , § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertragspartner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4	<u>Lockerung:</u> <u>Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.	allen		
§ 3 Absatz 11	<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den Landeskrankenhausesgesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.			
§ 3 Absatz 11 Satz 2	<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).			
§ 4 Absatz 1	<u>Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.</u>	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3	<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>	allen		
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]	<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 4 Absatz 3 Nummer 2	Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugsarztes/- Psychotherapeuten.</u>	allen		
§ 6 Absatz 1 Nr. 2	<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG: sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV: zwei Wochen.			
§ 6 Absatz 1 Nummer 3	<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV: sieben Werktagen (wie bisher), KBV: vier Wochen.			
§ 6 Absatz 1 Nummer 5	<u>Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.</u>			
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 - 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1	<u>Telematikinfrastruktur:</u> Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von	allen		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 11 Absatz 6	Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.			
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).			
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)	<u>KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote</u> Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.	<u>KBV</u>		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)	<u>PatV: Lockerung Qualitätsvorgaben</u> Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an	<u>PatV</u>		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. GKV-SV/KBV/DKG: <u>Beibehaltung der bisherigen Vorgaben</u> , dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.			
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3	<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	Absatz 2 Satz2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Bezugsarzt bei behandlungsleitender			

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
	somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.			
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]	GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.	GKV-SV		
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1	Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.	allen		
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]	GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.	GKV-SV		

Paragraph, betreffende Passage	Änderung des KSVPsych-RL	Position von	Stellungnahme	Begründung
§ 9 Absatz 1	Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).	allen		
§ 11 Absatz 1	Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ wird gestrichen	allen		
§ 11 Absatz 6	Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.	allen		



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 30.04.2025

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
www.baek.de

Dezernat 3
Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und
Patientensicherheit

Fon +49 30 400 456-430
Fax +49 30 400 456-455
E-Mail dezernat3@baek.de

Diktatzeichen: Zo/Wd
Aktenzeichen: 872.010

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

per E-Mail

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und
veranlasste Leistungen
Frau Regine Kleinert
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

**Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Anpassung der
Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte
Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem
psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)**

Ihr Schreiben vom 26.03.2025

Sehr geehrte Frau Kleinert,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 26.03.2025, in welchem der Bundesärztekammer
Gelegenheit zur Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Anpassung der KSVPsych-RL
gegeben wird.

Die Bundesärztekammer wird in dieser Angelegenheit von ihrem Stellungnahmerecht
keinen Gebrauch machen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Leiter Dezernat 3



Geschäftsstelle der
Bundesärztekammer
in Berlin

**einer Anhörung zum Beschlussentwurf des
Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung
der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende,
koordinierte und strukturierte Versorgung
insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte
mit komplexem psychiatrischen oder psychothera-
peutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL):
Anpassung der KSVPsych-RL**

Vom 20. Mai 2025

Vorsitzende:	Frau Dr. Grell
Beginn:	11:00 Uhr
Ende:	12:53 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
Herr Harfst

Aktion psychisch Kranke e.V. (APK)
Herr Holke

Arbeitskreis d. Chefärztinnen u. Chefärzte v. Kliniken f. Psychiatrie u. Psychotherapie an
Allgemeinkrankenhäusern (ackpa)
Frau Dr. Wilms

Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp)
Frau Sartorius

Berufsverband Dtsch. Nervenärzte (BVDN); Bundesverband d. Fachärzte f. Nervenheilkunde,
Neurologie, Psychiatrie u. Psychotherapie
Herr Dr. Gehring

Berufsverband Deutscher Psychologinnen u. Psychologen e.V. (BDP)
Frau Berwanger

Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V. (BAPP)
Herr Roddau

Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP)
Frau Löwe

Dachverband deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie e.V. (DDPP)
Frau Prof. Dr. von Haebler
Frau Dr. Montag

Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. (DVGP)
Herr Greve

Dtsch. Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP)
Herr Tschinke

Dtsch. Ges. f. Psychiatrie u. Psychotherapie, Psychosomatik u. Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)
Frau Dr. Claus

Dtsch. Ges. f. Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik u. Tiefenpsychologie e.V. (DGPT)
Herr Dr. phil. Martin
Herr Kiunke

Dtsch. Ges. f. Psychosomatische Medizin u. Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)
Frau Dr. Komo-Lang

Dtsch. Ges. f. Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)

Herr Nieswand

Dtsch. Vereinigung f. soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)

Frau Cosanne

Frau Folgner

Dtsch. Psychotherapeuten Vereinigung e.V. (DPtV)

Frau Dr. phil. Pielsticker

Dtsch. Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.; Fachgruppe Seelische Gesundheit

Herr Prof. Dr. Dr. Härter

Herr PD Dr. Wiegand

Psychiatrie Initiative Berlin-Brandenburg-PIBB GmbH i.V.m. der gemeinnützigen
Basisorganisation des Vereins f. Psychiatrie u. seelische Gesundheit - VPsG e.V.

Herr Dr. Krebs

Verband der Krankenhausdirektoren Dtsch. e.V. (VKD), FG psychiatrische Einrichtungen

Herr Bomke

Beginn der Anhörung: 11:00 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Guten Morgen, meine Damen und Herren! Mein Name ist Lili Grell. Ich vertrete Herrn van Treeck hier im Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung. Wir beginnen mit einer Anhörung. Ich möchte mich zunächst bei allen, die sich in die Anhörung eingebracht haben, herzlich für ihre Stellungnahmen bedanken. Und ich würde gern einmal mit Ihnen durchgehen, dass Sie da sind, wenn Sie bitte dann sagen würden, ob Sie mich verstehen können. Herr Harfst von der Psychotherapeutenkammer, sind Sie da, können Sie mich hören? – Da ist er, aber ich sehe ihn nicht, aber hinter mir heißt es, er ist da. Herr Harfst, probieren Sie es noch einmal mit dem Mikrofon. Immerhin rauscht es. Manchmal gelingt es ja, wenn Sie sich noch einmal ein- und auswählen. Wir machen jetzt weiter. – Herr Holke, Aktion Psychisch Kranke e.V.?

Herr Holke (APK): Ja, er ist da, verstehen Sie mich?

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Wunderbar, guten Morgen! – Frau Dr. Wilms und Frau Dr. Florange vom Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte?

Frau Dr. Wilms (ackpa): Frau Wilms ist da, Frau Florange nicht, sie lässt sich entschuldigen aufgrund dienstlicher Belange.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Ja. – Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten, Frau Sartorius?

Frau Sartorius (bvvp): Guten Morgen in die Runde, ich bin da, ja.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Guten Morgen. Ein bisschen leise. Aber Sie sind da und das kriegen wir schon hin. – Herr Dr. Gehring, Berufsverband Deutscher Nervenärzte?

Herr Dr. Gehring (BVDN): Ist da, guten Morgen.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Danke, guten Morgen. – Frau Berwanger und Frau Dr. Thünker, Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.?

Frau Berwanger (BDP): Susanne Berwanger mein Name und ich bin da. Frau Dr. Thünker ist nicht da.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Gut, wir hören Sie auch prima. – Herr Roddau, Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege?

Herr Roddau (BAPP): Ich bin da und ich höre Sie gut.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Wunderbar. – Frau Löwe, Caritas.

Frau Löwe (CBP): Ja, Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie, wir haben gemeinsam mit dem DCV abgegeben.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Wunderbar. – Frau Prof. von Haebler und Frau Dr. Montag vom Dachverband deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie e.V.?

Frau Dr. Montag (DDPP): Ich bin da.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Wer ist da? Entschuldigung, ich habe es nicht verstanden.

Frau Dr. Montag (DDPP): Montag ist da.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Frau Dr. Montag ist da, ja. Und Prof. von Haebler nicht? Frau Montag, ist Prof. von Haebler auch da?

Frau Dr. Montag (DDPP): Frau Prof. Haebler ist ebenfalls da.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Wunderbar. – Herr Greve, Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.?

Herr Greve (DVGP): Ich bin anwesend, guten Morgen.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Guten Morgen. – Herr Tschinke, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrische Pflege?

Herr Tschinke (DFPP): Ich bin anwesend.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Wunderbar. – Frau Dr. Claus, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie?

Frau Dr. Claus (DGPPN): Ja, guten Morgen, ich bin auch da.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Guten Morgen. – Dr. Martin, Herr Kiunke, Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.?

Herr Dr. Martin (DGPT): Guten Morgen, wir sind beide da.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Wunderbar, danke schön. – Frau Dr. Komo-Lang, Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie?

Frau Dr. Komo-Lang (DGPM): Guten Morgen, ich bin auch da.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Ja, wir können Sie wunderbar hören. – Herr Nieswand, Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie?

Herr Nieswand (DGSP): Guten Morgen, ich bin auch hier.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Guten Morgen. – Frau Evers-Grewe, Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V.?

G-BA: Sie hat sich noch nicht angemeldet, ich habe sie eben per E-Mail erinnert.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Das ist nett, danke. – Frau Cosanne und Frau Folgner, Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.?

Frau Folgner (DVSG): Frau Folgner ist da.

Frau Cosanne (DVSG): Elke Cosanne auch, schönen guten Morgen zusammen.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Guten Morgen! – Frau Dr. Pielsticker, Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e. V.?

Frau Dr. Pielsticker (DPtV): Guten Morgen, ich bin auch da.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Guten Morgen. – Prof. Härter und Herr PD Dr. Wiegand, Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung?

Herr Prof. Härter (DNVF): Guten Morgen, ich bin da.

Herr Dr. Wiegand (DNVF): Guten Morgen, ich bin auch da.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Wunderbar. – Herr Dr. Krebs, Psychiatrie Initiative Berlin-Brandenburg?

Herr Dr. Krebs (PIBB): Guten Morgen, ich bin auch da.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Guten Morgen. – Herr Bomke, Verband der Krankenhausdirektoren?

Herr Bomke (VKD): Ich bin da und ich vertrete auch die Bundesarbeitsgemeinschaft

Psychiatrischer Krankenhausträger, weil Herr Belling heute leider dienstlich verhindert ist.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Wunderbar, danke, dass Sie da sind, Herr Bomke. – Sie sind ja zum Teil schon mehrfach in Anhörungen des Bundesausschusses gewesen. Ich möchte Sie trotzdem noch einmal darauf hinweisen, dass wir hier Wortprotokoll führen. Es wäre schön, Sie würden Ihren Namen sagen, bevor Sie sich zu Wort melden. Bei den Bänken ist es ja so, dass Sie sich als Bank vorstellen, das ist ja üblich.

Das Wortprotokoll und Ihre Stellungnahme – und darauf wurden Sie ja schon vorher hingewiesen – werden im Anschluss an die Beschlussfassung veröffentlicht, wie das hier immer ist. Bis dahin ist das Vorgehen hier im Bundesausschuss bitte vertraulich zu behandeln.

Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass wir uns sehr intensiv mit Ihren umfangreichen Stellungnahmen auseinandergesetzt haben, bedanken uns für Ihre vielen auch wertvollen, wie ich finde, Hinweise, sie sind bereits in der Bearbeitung. Sie haben es uns nicht immer leichtgemacht, denn für alles gab es gute Argumente und Gegenargumente. Ich möchte Sie bitten, wenn Sie jetzt mit Ihrer Wortmeldung beginnen, dass Sie davon ausgehen, dass wir diese Unterlagen sehr sorgfältig gelesen haben und sich von daher angesichts der großen Zahl kurzfassen.

Wir beginnen mit der Psychotherapeutenkammer, Herr Harfst. – Wir hören Sie leider nicht, Herr Harfst. – Herr Harfst, versuchen Sie es noch einmal und melden Sie sich einfach dazwischen, wenn Sie da sind. Wir gehen jetzt wegen der Zeit weiter auf Herrn Holke, Aktion Psychisch Kranke e.V.

Herr Holke (APK): Bin ich zu hören?

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Wunderbar.

Herr Holke (APK): Ich fasse mich kurz. Wir begrüßen die Änderung ausdrücklich, sie ist angesichts der offensichtlichen Umsetzungsprobleme sinnvoll und notwendig. Die Neuformulierung wird es in mehr Regionen ermöglichen, davon gehen wir aus, dass diese strukturierte und koordinierte Versorgung auch umgesetzt werden kann.

Und letztendlich: Ja, wir haben noch allgemeine Anmerkungen, dass uns diese Einbindung in die gemeindepsychiatrischen Verbünde dieser Netzverbünde ein besonderes Anliegen ist, aber darauf komme ich später noch einmal zurück und auf einige Anmerkungen, die wir in den einzelnen Bereichen dann noch haben. – Soweit in aller Kürze.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Danke schön. – Frau Dr. Wilms, Frau Dr. Florange, Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte, ackpa?

Frau Dr. Wilms (ackpa): Herzlichen Dank für die Möglichkeit, mich äußern zu dürfen, Bettina Wilms.

Ich möchte zwei Dinge hervorheben, das eine ist für uns die Inklusion der Patienten, die an Demenzerkrankung leiden und die schwer beeinträchtigt sind, sowie andere Patienten, die unter schweren organischen, psychischen Störungen leiden, die insbesondere von der Komplexität der unterschiedlichen Hilfeleistungen profitieren können und gleichermaßen in der aktuellen Struktur überfordert sind, also das ist uns wichtig.

Der zweite Teil, der mir noch einmal wichtig ist und der insbesondere unseren Arbeitskreis angeht: Wir sind der Meinung, dass es zwingend nötig ist, dass zur Gründung eines Netzverbundes mindestens ein kooperierendes Krankenhaus dazugehört. Wir halten es für ausgesprochen wichtig, dass sich nicht eine nicht offiziell kooperierende zusätzliche Gruppierung, ich muss das jetzt mal so sagen, von MVZ-Strukturen, die möglicherweise

bundesweit agieren, ohne Kooperation der versorgenden Krankenhäuser vor Ort einbinden und Netzwerkverbünde ohne die eine entsprechende Kooperation bei dieser Patientenklientel bilden können, das sind die Aspekte, die uns wichtig sind. Also die F0-Patienten und die Einbindung der kooperierenden Krankenhäuser, am besten so viele wie möglich in der Region, aber mindestens das Haus, das die entsprechende Pflichtversorgung übernimmt. – Danke.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Gibt es noch eine Ergänzung aus dem Arbeitskreis? – Okay, danke schön. – Dann Frau Sartorius, haben Sie eine Wortmeldung? Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten, Frau Sartorius? – Okay, sie ist wohl noch nicht da. Dann Herr Dr. Gehring, Bundesverband der Deutschen Nervenärzte.

Herr Dr. Gehring (BVDN): Ich schließe mich meiner Vorrednerin an: Es wäre vor allem wünschenswert, die Krankenindikation auf die F0-Diagnosen zu erweitern. Wir alle stehen vor einer großen Herausforderung und brauchen eine Struktur, in der koordiniert, konzertiert und gemeinsam Demenzpatienten versorgt werden können. Es sind andere Berufsgruppen, etwa Patienten mit ADHS, die auch enormst aufwendig in der Versorgung sind und auch da eben nicht abbildbar sind.

Und der letzte Wunsch: Eine Verschlankung der Netzwerkstruktur täte sicherlich gut.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Danke schön. – Frau Berwanger, Frau Dr. Thünker vom Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen.

Frau Berwanger (BDP): Danke, Susanne Berwanger. Nochmals: Frau Thünker ist nicht dabei.

Wir bedanken uns für die Einladung und begrüßen auch noch einmal ganz ausdrücklich die aktuell diskutierten Änderungspunkte, die sehr wichtig sind, dass wirklich eine reale Chance besteht, dass bundesweit eine flächendeckendere Versorgung, eine Netzwerkversorgung stattfinden kann. Wir hatten auch 2021 schon Position bezogen und sehen jetzt auch drei ganz wichtige Forderungen hier diskutiert und vielleicht ja auch dann berücksichtigt. Das sind zum einen die zu hohen zahlenmäßigen Vorgaben betreffend die Anzahl der Netzwerkteilnehmenden, also dass hier die Anzahl reduziert wird, die vorausgesetzt wird. Zum anderen, dass auch Teilnehmende mit hälftigem Kassensitz eine bezugstherapeutische Tätigkeit übernehmen können. Das ist jetzt auch gerade für psychologische Psychotherapeuten sehr wichtig, weil die zunehmend in hälftigen Kassensitzkonstellationen arbeiten.

Und bei der differenzialdiagnostischen Abklärung, die ja auch so ein gewisses Nadelöhr bei der Terminierung ist, wollen wir noch einmal darlegen, dass hier psychologisch-psychotherapeutische Expertise auch gut genutzt wird. – Das waren unsere drei Positionen.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann würden wir noch einmal zurückgehen. Frau Sartorius, sind Sie jetzt da?

Frau Sartorius (bvvp): Ja.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Wunderbar.

Frau Sartorius (bvvp): Ich bin rausgefallen, Entschuldigung, das war der falsche Knopf.

Unsere Stellungnahme ist nahezu deckungsgleich mit dem, was Frau Berwanger eben schon gesagt hat, das möchte ich jetzt gar nicht alles wiederholen. Nur eine Anmerkung noch einmal zu den halben Kassensitzen: Es ist natürlich nachvollziehbar, dass es für die Teilnahme bestimmte Voraussetzungen geben sollte, damit da auch wirklich eine gute Versorgung und Erreichbarkeit da ist. Ob man das jetzt unbedingt tatsächlich an der Höhe des

Versorgungsauftrages festmacht oder andere Kriterien schafft wie beispielsweise Zeiten der Erreichbarkeit, das könnte noch einmal ein Hilfsmittel sein, das würden wir noch einmal anregen wollen, dass man sagt: halber Kassensitz, halber Versorgungsauftrag reicht, aber es muss eine gewisse Erreichbarkeit gewährleistet sein.

Ansonsten müssten Netzverbünde auf jeden Fall machbar sein. Wir kennen leider in vielen Regionen die Schwierigkeiten einiger Facharztgruppen, das wäre uns ganz wichtig. Und zu den Notwendigkeiten der differenzialdiagnostischen Abklärung hat Frau Berwanger eben schon gesprochen. – Vielen Dank.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Danke für Ihre Stellungnahme und dafür, dass Sie sich kurzgefasst haben, das hat doch noch prima geklappt. – Herr Roddau von der BAPP.

Herr Roddau (BAPP): Peter Roddau.

Wir von der BAPP sehen in dieser Richtlinie vor allem das Problem, dass die psychiatrische häusliche Krankenpflege als veranlasste Leistung – überhaupt nicht das Potenzial ausgeschöpft wird. Wir sehen das Problem, dass wir im Rahmen der recoveryorientierten Begleitung der Betroffenen maximal vier Monate begleiten können. Und gerade in Niedersachsen, wo es flächendeckend Netzverbünde gibt, stellt sich das Problem dar, dass die Kostenträger vor allem da mauern, dass Verlängerungen von Versorgung, gerade bei komplexen Fällen, immer wieder sehr schwierig sind. Und wir sehen halt den Auftrag auch dahingehend, dass die Verbesserung der Versorgung mit psychiatrischer häuslicher Krankenpflege zwingend erforderlich ist. Und wir sehen tatsächlich auch im Rahmen der Richtlinienveränderung das eher kritisch, wenn Zusammenarbeit ohne Verträge stattfinden soll, gerade auch Abrechnungen über Fachärzte von Behandlungskoordinationen oder ähnlichen Leistungen. Das würden wir gern, wenn möglich, direkt mit der KV oder mit den Kostenträgern abrechnen.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Danke für Ihre Rückmeldung. – Frau Löwe, CBP.

Frau Löwe (CBP): Unsere gemeinsame Stellungnahme mit dem DCV ist von dem Gedanken getragen, da möglichst flächendeckende Einführung der Netzverbünde zu ermöglichen und für möglichst geringe Schwellen zu sorgen. Wir begrüßen die Einbeziehung der hirnganischen Störungen und würden dann aber auch im Zuge dessen natürlich präferieren, dass die neuen Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologie ebenfalls in die Versorgung einbezogen werden können. Da gab es in den Tragenden Gründen so ein bisschen Widersprüchlichkeiten dazu, die würden dann auch dazugehören aus unserer Sicht.

Wir hatten eine wesentliche Anmerkung, glaube ich, noch zu einem Punkt, der jetzt noch nicht aufgetaucht ist, das betrifft die Einbindung der Telematikinfrastruktur. Das ist eine schöne Idee, aber dort gibt es aus unserer Sicht halt noch Entwicklungsbedarf. Und da hat sich unser Krankenhausverband vor allen Dingen hervorgetan und gesagt, die Kommunikation untereinander und insbesondere die Einbeziehung sämtlicher Leistungserbringer würde da noch nicht so lückenlos funktionieren. Das heißt, da ist noch Entwicklungsbedarf, bevor das tatsächlich in Gang kommt.

Das wäre es eigentlich von unserer Seite. Wie gesagt, wir sind dafür, Hürden abzubauen. Wenn es kein kooperierendes Krankenhaus gibt, muss es wenigstens einen Krisenplan geben, wie dann versorgt werden soll. Auf den auch noch zu verzichten, das ist dann ein bisschen zu viel. – Das war es schon.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Danke, Frau Löwe. – Jetzt probieren wir es noch einmal mit Herrn Harfst, BPtK.

Herr Harfst (BPtK): Also erst einmal von unserer Seite vielen Dank, dass der Unterausschuss so frühzeitig evaluiert hat, wie sich die Entwicklung des neuen Versorgungsangebots entwickelt hat, da einen Zwischenbericht verfasst hat und daraufhin dann in Kenntnis der schleppenden Entwicklung frühzeitig weiter beraten hat, wie Maßnahmen getroffen werden können, um das besser ans Laufen zu bringen. Und die Vorschläge, die sich im Beschlussentwurf finden, sind in zentralen Punkten ein ganz wesentlicher Beitrag, um das zu befördern, dass wir da künftig dieses wichtige Angebot möglichst bundesweit tatsächlich auf die Schiene bekommen.

Die halben Versorgungsaufträge sind ja schon angesprochen worden. Vielleicht noch einmal drei Punkte konkret in Ergänzung zu der schriftlichen Stellungnahme, wo wir uns ja zu den ganzen einzelnen Aspekten auch noch einmal geäußert haben: Das eine ist der Einbezug der ermächtigten Psychiater:innen und Psychotherapeut:innen, die aufgrund der Änderung der Ärzte-ZV künftig auch an der Versorgung schwer psychisch erkrankter Patienten teilnehmen werden. Aus unserer Perspektive wäre es sinnvoll, dass die eben auch entsprechend einbezogen werden können in die Netzverbünde, da gibt es auch einen ganz großen Überlappungsbereich. Da bestehen dann, das ist ja vorgegeben in der Ärzte-ZV, auch Kooperationen mit entsprechenden Einrichtungen. Das sollte aus unserer Perspektive dann auch genutzt werden können, und diese Psychotherapeut:innen und Psychiater:innen sollten dann entsprechend auch in der Lage sein – die Bezugspersonen-, die Bezugspsychotherapeut:innen-, die Bezugsärzt:innenrolle zu übernehmen.

Wir begrüßen ganz ausdrücklich noch einmal die Präzisierungen, die in § 9 zur Gesamtbehandlungsplanung vorgenommen worden sind, und auch noch einmal die Konkretisierung, die sich darin findet, in der Abstimmung, gerade auch zwischen den Fachärzt:innen und den Psychotherapeut:innen, wo dann präzise geguckt werden kann für den einzelnen Behandlungsfall, in welcher Intensität, in welcher Form da eine Absprache erforderlich ist. Das ist aus unserer Perspektive auch eine gute Grundlage, um da die bestehenden Einschränkungen mit Blick auf die Patientengruppe, wo die Psychotherapeut:innen die Bezugspersonenrolle – Bezugspsychotherapeut:innenrolle übernehmen können, die aufzuheben, weil gerade diese Kooperation in dem Tandem zwischen Fachärzt:innen und Psychotherapeut:innen entsprechend gestärkt wird und da individuell bedarfsbezogen eine Anpassung erfolgen kann und darüber dann auch die höhere Behandlungsfrequenz, die sich ja häufig in der psychotherapeutischen Versorgung findet, sinnvoll genutzt werden kann in solch einer kontinuierlichen Kooperation im Austausch mit den mitbehandelnden Fachärzt:innen.

In der gleichen Weise plädieren wir auch dafür, dass bei der differenzialdiagnostischen Abklärung die Erweiterung erfolgt, dass die entsprechend auch von den Psychotherapeut:innen geleistet werden kann. Das ist etwas, das gemeinsam geschieht, Doppeluntersuchungen entsprechend vermieden werden und das, was ja auch schon in der Richtlinie angelegt ist, dass da bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans eine enge Kooperation stattfindet, eine Abstimmung zwischen beteiligten Leistungserbringer:innen, und darüber aus unserer Perspektive am besten gewährleistet werden kann, dass Doppeluntersuchungen vermieden werden, aber alle relevanten Befunde zusammengefügt werden. Das ist aus unserer Sicht der zielführende Weg und daher sozusagen unser Petitum, da den KBV-Vorschlag entsprechend umzusetzen. – Das wäre es zunächst einmal von unserer Seite. Ansonsten verweise ich auf unsere schriftliche Stellungnahme.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Harfst. – Ich habe übrigens nach links geguckt, weil da Ihr einziges Bild war, bei meiner Nachbarin, da durfte ich spicken. Vielen Dank. – Jetzt kommen wir zu Prof. von Haebler, wenn sie da ist, und Frau Dr. Montag, DDPP. Frau

Dr. Montag, möchten Sie noch einmal mündlich Stellung nehmen?

Frau Dr. Montag (DDPP): Ich würde mich Frau von Haebler anschließen: dass sie unsere Stellungnahme vortragen wird.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Vielen Dank, jetzt war es verständlich. – Dann gehen wir über zu Herrn Greve, DVGP.

Herr Greve (DVGP): Ich würde gern den Punkt aus unserer Stellungnahme noch einmal unterstreichen – –

Frau Dr. Montag (DDPP): Entschuldigung, wenn ich unterbreche, ich glaube, der DDPP hat seine Stellungnahme noch nicht abgegeben, weil Sie haben ja eben uns beide angesprochen – oder Frau von Haebler und mich.

Frau Prof. von Haebler (DDPP): Ja und ich würde gerne etwas sagen, bin ich hörbar?

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Ja, wunderbar. Entschuldigung, ich hatte Sie aufgerufen, aber Sie waren noch nicht da. Wunderbar, jetzt Frau Prof. von Haebler.

Frau Prof. von Haebler (DDPP): Also ich wollte nur sagen, dass auch wir die Änderungen sehr begrüßen, die jetzt gemacht wurden. Vieles von dem, was wir geschrieben haben, ist auch bereits gesagt worden.

Was wir noch einmal betonen wollten, ist die Priorisierung schwer psychisch Kranker in dem gesamten System, weil es bei den Patienten, um die wir uns kümmern, nämlich die Psychosekranken, schizophren Erkrankten, tatsächlich nicht darum geht, dass die Leistungen nicht da wären, sondern dass die Patienten die Leistungen nicht in Anspruch nehmen können und hierfür das System bereitgestellt werden muss. Das heißt, die Niedrigschwelligkeit ist wichtig und auch die flächendeckende Umsetzung ist sehr wichtig. Und die halben Stellen finden wir sehr wichtig, weil wir anders gar nicht weiterkommen, die Psychotherapie in dieses System hineinzubringen, was wir für zentral halten als einen Behandlungsbaustein im Gesamtbehandlungsplan.

Und was die Krankenhäuser angeht: Auch hier denken wir, dass, wenn Krankenhäuser nicht zu finden sind, die kooperieren, es gibt immer das zuständige Krankenhaus, das auf jeden Fall kooperieren muss. Insofern finde ich auch da: Wenn es keinen Vertrag gibt, finde ich es nicht so schlimm, besser ist die flächendeckende Versorgung. – Christiane, willst du noch etwas ergänzen?

Frau Dr. Montag (DDPP): Ich sehe das genauso. Was jetzt die Beteiligung der Krankenhäuser anbelangt: Ich denke, Krankenhäuser oder im Krankenhaus Beschäftigte würden sich freuen, selber in Bezugstherapeutenverantwortung treten zu können. Aber andererseits denken wir aufgrund der existierenden Versorgungsaufträge, dass die flächendeckende Versorgung höher zu bewerten ist als die Teilnahme eines Krankenhauses.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Danke schön. – Herr Greve, Entschuldigung, wir haben Sie eben schon unterbrochen, aber jetzt sind Sie an der Reihe. – Herr Greve, wir hören Sie nicht.

Herr Greve (DVGP): Ich habe es schon gesehen, Entschuldigung.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Jetzt geht es, danke, dass Sie Geduld hatten.

Herr Greve (DVGP): Danke, dass Sie Geduld hatten.

Für uns ist natürlich vor allem maßgeblich, dass ein großer Teil der Personengruppe, auf die diese Richtlinie zielt, auch Leistungen außerhalb des SGB V bekommt.

Daraus würden zwei Anforderungen an die Richtlinie folgen: zum einen, das hat Herr Holke

schon angesprochen, dass die Versorgungsgebiete der Netzverbünde möglichst übereinstimmen mit den Versorgungsgebieten, die der Rest der Welt so pflegt. Das sind in der Regel kommunale Gebietskörperschaften oder Stadtbezirke von Großstädten, teils schon mit gemeindepsychiatrischen Verbünden ausgestattet, teils auch nicht. Aber die Chance der Zusammenarbeit zwischen den Netzverbundteilnehmenden und den übrigen Leistungserbringern ist eindeutig besser, wenn man sich auch sonst kennt in regionaler Kooperation.

Dass jetzt die Zahl der Mindestteilnehmer gesenkt werden soll, wäre hoffentlich ein Schritt in die richtige Richtung. Uns wäre eigentlich lieber, wenn sich Netzverbünde von vorneherein auf der gleichen Ebene von Versorgungsstrukturen gründen würden, verbindlich so gründen würden, wie das auch in den anderen Leistungsgebieten ist.

Zweitens: Die Einbeziehung von Leistungserbringern außerhalb des SGB V ist immerhin verbessert jetzt, aber längst nicht das, was möglich wäre. Sie sollte aus unserer Sicht noch deutlich verbindlicher geregelt werden. Es spricht aus unserer Sicht und auch unserer Praxiserfahrung überhaupt nichts dagegen, dass Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, der Familien- und Jugendhilfe usw. verbindlich eingeladen werden. Ob die dann kommen, regeln andere Richtlinien oder Kostenträger. Aber dass man sie verbindlich einlädt, sie auch an der Behandlungsplanung beteiligt, dagegen spricht aus unserer Sicht gar nichts, das wäre im Sinne der Patienten aber sinnvoll.

Und ein dritter Punkt: Wenn jemand bereits einen Vorbehandler, Psychotherapeuten, Arzt oder sonst einen Leistungserbringer hat und dann in den Netzverbund eintritt, ist das mit Personenwechsel verbunden, denn es gibt bisher nicht die Möglichkeit – bzw. nur eingeschränkt, sage ich mal, die Möglichkeit –, dass vorbehandelnde Ärzte und Psychotherapeuten dann ihrerseits Bezugsärzte oder -psychotherapeuten werden. Ich finde, das sollte man ändern. Das sollte man so regeln, dass die, wenn alle Beteiligten einverstanden sind, auch diese Aufgaben selbst wahrnehmen können. – Danke.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Ich danke Ihnen. – Wir kommen zu Herrn Tschinke, DFPP.

Herr Tschinke (DFPP): Mein Name ist Ingo Tschinke von der Deutschen Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege.

Zu unserer Stellungnahme: Grundsätzlich ist es so, dass die DFPP die KSVPsych und ihre Revision jetzt als einen zu begrüßenden Schritt ansieht, um die Versorgung zu verbessern. Allerdings zeigen sich in der praktischen Umsetzung und jetzt auch da, in der Region – also die mir auch bekannt ist, das ist hier in Niedersachsen, wo es auch viele Netzwerke gibt – deutliche Lücken in der Versorgung, insbesondere, was die Dauer der ambulanten psychiatrischen Pflege angeht. Also wir haben jetzt schon mit den gesetzlichen Krankenkassen darüber diskutiert im Landesfachbeirat Psychiatrie durch die niedersächsische Arbeitsgemeinschaft, der ABP, und haben festgestellt, dass es nicht konsistent zusammenpasst, also die KSV die psychiatrische Pflege nur begrenzt mitgedacht hat. Und deswegen lassen sich zurzeit noch nicht die Regularien der pHKP anpassen auf eine regelhafte Vernetzung, wie dies eigentlich in den Leitlinien zur Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen vorgesehen ist, lassen sich noch nicht so richtig umsetzen, die halt in der KSVPsych deutlich zu begrüßen wären.

Das heißt, in der Praxis endet die Vernetzung nach der Beendigung schon zumeist mit der pHKP nach vier Monaten. Und dann, so wie wir es jetzt zurzeit feststellen, ist es so, dass es zum Treatment as usual kommt. Das heißt also, dass der Facharzt mit den Betroffenen wieder alleine ist und dann eventuell sogar den Kontakt verliert. Und deswegen halten wir sowohl

eine Verlängerung der Versorgung für durchaus notwendig als auch eine Begleitung, koordinierende Begleitung durch die psychiatrische Pflege.

Im Weiteren das, was auch Herr (akustisch unverständlich) schon angesprochen hat: Die Abrechnung, die wir machen müssen über den Arzt, gestaltet sich sehr schwierig, weil der Arzt dann halt eben auch diese Leistung in Abrechnung bringen muss und wir dann immer über den Arzt abrechnen müssen, das gestaltet sich schwierig. Wir würden es begrüßen, wenn die Pflege selbst abrechnen könnte. – Danke schön.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Danke schön. – Frau Dr. Claus, DGPPN.

Frau Dr. Claus (DGPPN): Sehr geehrte Frau Doktor Grell, vielen Dank, ich spreche für die Fachgesellschaft DGPPN.

Die DGPPN begrüßt auch die Überarbeitung, Modifizierung der Richtlinie. Wir möchten aber schon noch einmal darauf hinweisen, dass das Ziel der Richtlinie ja von Anfang war, sich berufsgruppenübergreifend koordiniert und strukturiert um schwer psychisch Erkrankte zu kümmern. Und dass wir uns eigentlich auch dafür eingesetzt haben, dass das Patienten sind mit einem GAF unter 40, also das nur noch einmal vorausgeschickt. In dem Sinne halten wir die Erweiterung auch auf das Diagnosespektrum F0, wo ja komplexe Hilfen somatisch und psychiatrisch erforderlich sind, für sehr sinnvoll.

Die Reduktion der Gesamtanzahl der Teilnehmer von zehn auf sechs ist sicherlich pragmatisch, fördert aber die Gründung von Verbünden, deswegen finden wir das gut. Allerdings halten wir schon für die Sicherung der Erreichbarkeit, gerade bei diesen schwer psychisch Kranken, es für erforderlich, dass es einen vollen Versorgungsauftrag sowohl für mindestens einen Facharzt als auch für mindestens einen Fachpsychotherapeuten gibt.

Das Thema Kooperation mit dem Krankenhaus ist schon mehrfach angedeutet worden, das ist ein schwieriges Thema. Eine Versorgung schwer psychisch Kranker ohne Krankenhaus mitzudenken ist aus unserer Sicht nicht möglich. Dennoch sehen wir natürlich schon, dass die Gründung von Netzwerken dadurch erschwert war, dass die Kooperation zwingend ist. Also wir würden uns dieser jetzt vorliegenden KBV-Empfehlung, die Kooperation zu versuchen, aber nicht als obligat anzusehen, anschließen als Fachgesellschaft. Die Versorgungsverpflichtung sichert ja auch die Teilnahme oder Krisen- und Notfallversorgung durch die Krankenhäuser, das wurde bereits gesagt.

Sämtliche Maßnahmen, die der Entbürokratisierung dienen, zum Beispiel, dass eben nicht mehr zwingend ein Vertrag erforderlich ist, dass die Information über die Angebote erfolgen soll usw., ist sicherlich zielführend, denn die Niedrigschwelligkeit, auch das wurde schon angedeutet, ist erforderlich, wenn man schwer psychisch Kranke behandeln möchte. Wir halten es deshalb weiterhin für erforderlich, dass eine Eingangssprechstunde innerhalb von sieben Tagen gewährleistet bleibt, so wie das bisher auch gefordert ist. An der Stelle sehen wir keine Änderung als sinnvoll an.

Es ist dann noch angesprochen in der Richtlinie – ich glaube, ein Vorschlag vom GKV-Spitzenverband –, dass die Psychotherapeuten in die psychiatrische Behandlung möglichst eingeschlossen werden sollen. Hier, das haben wir auch in der Richtlinie ausgeführt, halten wir es für zielführend, differenziert vorzugehen und da, wo eine Indikation besteht, selbstverständlich auch Psychotherapeuten für die psychotherapeutische Behandlung einzubinden. Das allerdings generell bei allen Patienten so zu tun, halten wir nicht für sinnvoll, zumal die ärztlich-psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung ja auch Bausteine mit abdeckt. – Das wäre es zu unseren Ausführungen, vielen Dank.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Wir danken Ihnen. – Als Nächste habe ich die DGPT auf der Liste.

Wer möchte? Dr. Martin, Herr Kiunke?

Herr Martin (DGPT): Dr. Martin, dann würde ich es vorstellen, vielen Dank.

Aus Sicht der DGPT kann die Richtlinie dazu beitragen, bislang unbefriedigend versorgte Patienten besser zu versorgen. Deshalb begrüßt die DGPT diese Richtlinie von Anfang an.

In der Umsetzung hat sich jedoch gezeigt, dass die letztlich verabschiedete Richtlinie zahlreiche Hemmnisse aufwies, die wir teilweise in unseren Stellungnahmen von 2021 bereits adressiert hatten. Durch eine Evaluation sind jetzt Themen erhoben worden, die einer Umsetzung der Richtlinie entgegenstehen. Umso erfreulicher ist es, dass nunmehr eine Novellierung vorbereitet wird, die eine bessere Akzeptanz ermöglichen wird.

Wir teilen die Zwecke und die Versorgungsziele, die in § 1 des Richtlinienentwurfs formuliert sind, wobei wir nicht allein die Schwere der psychischen Erkrankung, sondern den komplexen Behandlungsbedarf bei einer schweren psychischen Erkrankung als Kriterium der Anwendung der Richtlinie hervorheben möchten. Dies kann nur im Rahmen eines klinischen Gesamteindrucks entschieden werden. Schwere psychische Erkrankungen allein werden teilweise auch im Rahmen der bestehenden Psychotherapie-Richtlinie ausreichend versorgt.

Wir unterstützen insbesondere die Zielsetzung der Richtlinie: eine Erleichterung des Übergangs zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung, die Bereitstellung zeitnaher Diagnostik und Therapiemöglichkeiten, die bedarfsgerechte und koordinierte Behandlung in einem Netzwerkverbund, die Einbeziehung von Bezugspersonen sowie die Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten.

Wir begrüßen, dass jetzt ein Änderungsentwurf vorliegt. Insbesondere begrüßen wir das transparente und offene Verfahren zur weiteren Diskussion der differenzierten Punkte mit einem Stellungnahmeverfahren und einer Anhörung der Fach- und Berufsverbände. Aus Sicht der DGPT als Fach- und Berufsverband, der zugleich als gemischter Verband psychotherapeutisch tätige Ärzt:innen und psychologische Psychotherapeut:innen zu seinen Mitgliedern zählt, möchten wir zu den folgenden vier Punkten unsere Position hervorheben:

Erstens, Bezugsärzte, Bezugspsychotherapeuten: Wir sprechen uns dafür aus, dass dies alle Behandler, also Fachärzte und Psychotherapeuten, damit meinen wir ärztliche und psychologische, sein können, unabhängig davon, ob sie einen halben oder einen vollen Versorgungsauftrag besitzen.

Zweitens, Diagnosen: Wir sprechen uns für den Einbezug aller F-Diagnosen aus, unter der Bedingung, dass der Fall, der Verlauf schwer bzw. sehr schwer ist und ein komplexer Behandlungsbedarf besteht. Diese Begrenzung ist zwar der Absicht dieser Richtlinie immanent, aber es ist dennoch zu unterstreichen, um das Angebot tatsächlich auch denjenigen zukommen lassen zu können, für die es gedacht ist.

Drittens, die Größe des Versorgungsnetzes: Wir sprechen uns für ein Netz bestehend aus Fachärzten, Psychotherapeuten, Hausärzten, Ergotherapeuten, Soziotherapeuten etc. aus, das auch an eine psychiatrische Institutsambulanz, an eine psychosomatische Institutsambulanz oder an ein Krankenhaus angebunden ist. Ein solches Netz muss jedoch an regionale Bedingtheiten angepasst werden können. Die vorgesehene reduzierte Anzahl der Fachärzte bzw. Psychotherapeuten kommt den Möglichkeiten der Realität näher.

Viertens, Kooperationen: Bei den Versuchen, Netze in den Regionen zu gründen, war dies vielfach aus unterschiedlichen Gründen nicht möglich, da die infrage kommenden Kliniken nicht kooperieren wollten. Die Verpflichtung, mit einer Klinik vertraglich zusammenzuarbeiten, zu lockern bzw. aufzuheben, wird Netzgründungen befördern.

Dennoch möchten wir ausdrücken, dass eine nicht stattfindende Kooperation mit einer Klinik bedauerlich ist, und hoffen, dass es in diesem Bereich zu einer Veränderung der Einstellungen von Kliniken kommt.

Die neue Richtlinie ist eine gute Ergänzung zur bestehenden Psychotherapie-Richtlinie. Die bestehende Psychotherapie-Richtlinie stellt einen Großteil der psychotherapeutischen Versorgung qualitativ hochwertig sicher und wird dies auch weiterhin tun. Es sollte deshalb eine direkte Konkurrenz der KSVPsych-Richtlinie zur bestehenden Psychotherapie-Richtlinie vermieden werden. Wir hoffen, dass eine vernünftige Novellierung der Akzeptanz der Richtlinie und damit die Versorgung der adressierten Patientengruppe verbessert wird. – Vielen Dank.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Ich danke auch. – Wir kommen jetzt zum letzten Drittel der Anhörungsberechtigten. Sollte schon etwas gesagt worden sein, können Sie sich ja vielleicht kürzer fassen. Die DGPN, Frau Komo-Lang.

Frau Dr. Komo-Lang (DGPN): Guten Tag, mein Name ist Miriam Komo-Lang, ich vertrete die Niedergelassenen im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und bin selbst niedergelassene Ärztin.

Es wurde schon so viel gesagt, deshalb möchte ich nur einen Punkt betonen, der uns besonders am Herzen liegt, der betrifft die ärztliche Präsenz und die ärztliche Funktion in den Netzwerkverbünden, insbesondere den Punkt der differenzialdiagnostischen Abklärung und der Bezugsfunktion bei somatischen Hauptdiagnosen. Es ist bekannt, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen eine bis um zehn Jahre verkürzte Lebenserwartung haben, die auch und besonders mit somatisch-medizinischen Komplikationen in Verbindung steht. Deshalb denken wir, dass es für eine differenzialdiagnostische Abklärung unbedingt auch somatisch-medizinische Kompetenz, sozialmedizinische und pharmakologische Kompetenz braucht. Und dass es wichtig ist, ungünstige somatische und psychische Wechselwirkungen zu erfassen und auch simultan immer wieder im Behandlungsverlauf zu gucken, welche körperlichen Beschwerden auftreten und sich verändern, weil das einen unmittelbaren Einfluss auf die Gesamtmortalität haben wird. Deshalb unser Werben darum, in die Differenzialdiagnostik unbedingt auch Fachärzte einzubeziehen und bei somatischen Hauptdiagnosen Ärzte, Fachärztinnen und Fachärzte als Bezugsärzte einzusetzen. – Vielen Dank.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Wir danken Ihnen. – Die DGSP, Herr Nieswand.

Herr Nieswand (DGSP): Vielen Dank für die Gelegenheit, dass wir uns hier einbringen dürfen.

Grundsätzlich erst einmal: Nils Greve hat eben schon vieles für den Dachverband gesagt, was wir alles so unterstützen können. Wir begrüßen es, wenn es durch erleichterte Zugänge zur Bildung von Netzwerken, zu einer besseren Versorgung für schwer psychisch kranke Menschen kommt, vor allem, wenn mehr Menschen Zugang zu diesen Leistungen haben, wenn es mehrere Netzwerke gibt, aber dass sich diese Netzwerke an bestehende Netzwerke, wie es Nils Greve gesagt hat, anpassen, das ist aus unserer Sicht schon sehr sinnvoll.

Wichtig ist uns auch noch, dass über die SGB-V-Leistungen hinaus weitere Leistungen mitgedacht werden und die Netzwerke der Gemeindepsychiatrischen Verbünde zum Beispiel, wie auch schon gesagt wurde, mitgedacht werden.

Des Weiteren sollte es ja berufsgruppenübergreifend – aber es sollte auch ein besonderer Fokus darauf sein, dass es nicht azentriert sein sollte, sondern multiprofessionelle und sektorenübergreifende Versorgung ermöglicht wird und sozialpsychiatrische Expertise aber auch von Peers mitgegeben sein sollte.

Und dann möchte ich noch den Punkt, den Frau Löwe eben für die Caritas schon vorgebracht hat, noch einmal aufgreifen: wenn keine Krankenhäuser in den Netzwerken sein sollten, dass zwingend Konzepte und Strukturen für Krisendienst vorgehalten werden sollten, und zwar rund um die Uhr. Das ist uns auch noch besonders wichtig. – Damit bedanke ich mich.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Danke schön. – DMtG, Frau Evers-Grewe.

G-BA: Frau Evers-Grewe lässt sich entschuldigen, ich habe soeben die E-Mail bekommen, dass sie nicht teilnehmen kann, Entschuldigung.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Danke schön. – Dann sind wir bei der DVSG, Frau Cosanne und Frau Folgner.

Frau Folgner (DVSG): Das würde ich übernehmen, herzlichen Dank für die Möglichkeit. Vieles ist ja schon gesagt worden.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Entschuldigung, dass ich Sie unterbreche. Würden Sie noch einmal Ihren Namen sagen, damit der Protokollant nicht durcheinanderkommt. – Frau Folgner, danke.

Frau Folgner (DVSG): Kerstin Folgner für die DVSG. Frau Cosanne ist dabei, ich übernehme die Stellungnahme.

Uns ist es wichtig noch einmal zu sagen: Jede Verbesserung in die richtige Richtung ist ein Schritt nach vorn. Wichtig ist uns auch, die Lebensrealität der Menschen in den Blick zu nehmen, die unterschiedlichen regionalen Gegebenheiten anzuerkennen und die rechtlichen Rahmenbedingungen zum Wohle der Betroffenen und Angehörigen voll auszunutzen. Dafür sehen wir eine Notwendigkeit an der Stelle, die psychosoziale und sozialrechtliche Unterstützung unter Einbeziehung der sozialen Arbeit auch mit fest zu verankern und in die strukturierte Versorgung einzubinden, um soziale Teilhabe für schwer psychisch erkrankte Menschen zu ermöglichen. Das kann zum Beispiel Social Prescribing sein über Haus- und Fachärzte, was wir uns in der multiprofessionellen Aufstellung dieser Arbeit wünschen würden.

Ansonsten gehen wir nämlich leider davon aus, dass die Realität ist, dass nicht alle gut zu erreichen sind. Und das muss in einer multiprofessionellen Möglichkeit sein, da niedrigschwellig aufsuchend, begleitend, multiprofessionell diese Themen wahrzunehmen, unbedingt in die Einbindung einer gemeindepsychiatrischen Struktur, keine Parallelstrukturen dabei aufzubauen und das, was da ist, wirklich vor Ort und regional zu nutzen und einzubinden. – Das war es, danke.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Wir danken Ihnen. – Frau Dr. Pielsticker, DPtV.

Frau Dr. Pielsticker (DPtV): Mein Name ist Dr. Anke Pielsticker, Deutsche Psychotherapeutenvereinigung.

Wir begrüßen auch außerordentlich, dass die Richtlinie überarbeitet wird, und sehen, dass die Evaluation die bestehenden Umsetzungshemmnisse schon sehr gut aufgezeigt hat.

Aus der Perspektive der niedergelassenen Psychotherapeut:innen möchte ich zwei zentrale Umsetzungshürden noch einmal hervorheben, das eine betrifft den Ausschluss der halben Versorgungsaufträge von Psychotherapeuten, das ist schon mehrfach genannt worden.

Das andere, worauf ich gern noch einmal eingehen möchte, sind die Vorgaben zur differenzialdiagnostischen Abklärung. Bei der differenzialdiagnostischen Abklärung besteht derzeit ein Arztvorbehalt, sodass auch die Diagnostik gerade bei dieser Klientel nicht auf Augenhöhe erfolgen kann. Und wir sehen es so, dass die Diagnostik gerade bei Menschen mit

komplexem Behandlungsbedarf, die Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen haben, berufsübergreifend erfolgen müsste und dass auch das zur Gänze in den Gesamtbehandlungsplan einbezogen wird. Denn gerade bei dieser Gruppe der schwer psychisch erkrankten Menschen dürfen die diagnostischen Leistungen vom Psychotherapeuten eben nicht ausgenommen werden.

Und wir sehen es auch so, dass die Grundsätze der interdisziplinären Behandlung, wie sie auch im ambulanten System schon gut etabliert sind, auch dort mit übernommen werden sollten. Dementsprechend sollte auch der Gesamtbehandlungsplan möglichst ohne Einschränkungen so erstellt werden können. Diese interdisziplinäre Abstimmung ist ja auch in der KSVPsych-Richtlinie im Kinder- und Jugendbereich schon integriert worden und hat sich dort bewährt. Und die KBV fordert hier völlig zu Recht, dass eine wechselseitige fachliche Abklärung vorzusehen ist. Das bezieht sich dann auch darauf, dass die Psychotherapeuten als Bezugsbehandler:innen fungieren können/sollten, das ist auch selbstverständlich für uns in der Regelversorgung, dass wir diese Patientengruppe ambulant als Bezugstherapeuten versorgen. Also wir haben sehr viele chronisch kranke Patienten mit Krebsdiagnosen, mit chronischen Schmerzen in unseren Behandlungen. Und die Tatsache, dass wir als Bezugstherapeuten ausgeschlossen waren, hat tatsächlich auch viele unserer Psychotherapeut:innen davon abgehalten, sich an der Umsetzung der Richtlinie zu beteiligen.

Und es wurde eben auch schon erwähnt, dass das auch für Patienten oft einfach untragbar ist, wenn die Psychotherapeuten nicht als Bezugstherapeuten agieren können und sie dann ihren Bezugsbehandler wechseln müssten. Wir sehen das als eine ganz wesentliche bürokratische Hürde und würden uns freuen, wenn das in der Überarbeitung der Richtlinie berücksichtigt würde, damit auch diese Patientengruppe nicht schlechter gestellt wird als die Patienten in der Regelversorgung. – Vielen Dank.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Danke schön. – Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung, Fachgruppe Seelische Gesundheit. Wer möchte? Prof. Härter, Dr. Wiegand?

Herr Prof. Härter (DNVF): Ich starte, vielen Dank erst einmal für die Gelegenheit. Hauke Wiegand und ich werden hier kurz unsere Stellungnahmen dazu abgeben. Erst einmal vielen Dank, dass wir die Gelegenheit dazu hatten.

Zum Hintergrund: Wir sind ja eine wissenschaftliche Fachgesellschaft, die aus verschiedenen Fachgesellschaften, Institutionen und Personen besteht, und wir bemühen uns da vor allem um eine evidenzbasierte Gesundheitsversorgung und sind ja auch wissenschaftlich an der Evaluation solcher Modelle oft beteiligt. Daher ist auch unser Blickwinkel einerseits wissenschaftlich, aber gleichzeitig auch klinisch, weil wir aus dem Bereich seelische Gesundheit auch klinisch arbeitend kommen.

Aber zu dieser Richtlinie: Zunächst begrüßen wir natürlich, dass es überhaupt eine Anreizstruktur im Sinne einer Förderung koordinierter Versorgung und auch geteilter Dokumentation gibt und dass sie jetzt eben angepasst werden musste, das hat ja auch viele pragmatische Gründe.

Dann haben Sie aber ein grundsätzliches Problem von Anfang an, das wollten wir zumindest hier auch unterbringen: Wir sehen, dass auch vor der initialen Einführung und auch jetzt in der Anpassung letztendlich keine umfassende systematische und auch keine unabhängige wissenschaftliche Untersuchung von Versorgungsdefiziten und Herausforderungen und auch möglichen Lösungen erfolgt ist, das sehen wir definitiv als Problem. Es fällt zum Beispiel auf, dass die wissenschaftlich gut dokumentierten Probleme und Ansätze, zum Beispiel des initialen Zugangs oder auch von Frühintervention, auch schweregradorientierte

Ressourcenverteilung, also so gestufte und kollaborative Versorgung, oder auch die Erfordernis aufsuchender Behandlung in akuten Krisen usw., dass das gar nicht adressiert worden ist. Und entsprechend fehlen auch aus dieser wissenschaftlichen Analyse heraus letztendlich überprüfbare oder quantifizierbare Versorgungsziele. Also es ist wirklich nicht so ganz klar für uns, ob die initiale Richtlinie und auch die vorgeschlagenen Änderungen ihren Zweck erreicht haben bzw. erreichen werden.

Von daher würden wir gern anregen, dass man doch noch einmal darüber nachdenkt, etwas systematischer und auch unabhängig der Wissenschaft diese Versorgungsdefizite zu analysieren, zu beschreiben, und auch die Herausforderungen, die damit einhergehen. Und darauf aufbauend könnte man besser und natürlich auch mit dem schon gesammelten Wissen besser quantifizierbare Versorgungsziele definieren und dann könnte auch die Richtlinie entsprechend viel besser und evidenzbasierter evaluiert und gegebenenfalls angepasst werden; ja, so als allgemeine Bemerkung. – Ich würde dann an Hauke Wiegand übergeben.

Herr Dr. Wiegand (DNVF): Genau, ich hätte noch einige spezielle Anmerkungen. Wie schon von vielen Vorrednern gesagt, begrüßen wir es auch sehr, dass die F0-Diagnosen jetzt mit in die Richtlinie eingeschlossen werden.

Wir sehen ein Problem, das betrifft den § 3: dass es keine Einbeziehung von Primärversorgern in die Richtlinie gibt. Primärversorger versorgen ja auch einen großen Teil der schwer psychisch Kranken in Deutschland. Und es gibt außerdem die erhebliche Übersterblichkeit von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die oft auf begleitende somatische Erkrankungen zurückgehen. Deswegen sollten Primärversorger auch unbedingt in diese Richtlinie einbezogen werden: um diese Probleme zu adressieren.

Was die Kooperation mit dem Krankenhaus angeht, sehen wir es auch kritisch, dass diese Vorgabe gelockert werden soll aus den zuvor genannten Gründen. Es ist ja nicht bekannt, warum die Krankenhäuser eigentlich nicht für diese Netzverbünde zu gewinnen waren. Es sollte in einem ersten Schritt in einer unabhängigen Studie erforscht werden, was eigentlich die Gründe seitens der Krankenhäuser waren: Gab es Anreizprobleme? Gab es Datenschutzprobleme? Gab es IT-Infrastrukturprobleme? – Und wenn man dann darüber Bescheid weiß, dann könnte man überlegen, wie die Richtung angepasst werden soll.

Dann haben wir noch einige kleinere Punkte: Wir möchten anregen, dass nicht von einer „verständlichen Patientenkommunikation“ die Rede ist, sondern dass dort ein aktuelles Konzept wiedergegeben wird und von einer partizipativen Entscheidungsfindung und unterstützenden Kommunikation in der Richtlinie gesprochen wird.

Und was § 6 angeht, die Gruppenangebote: Wir möchten vorschlagen, dort zu ergänzen, dass es sich um niederschwellige evidenzbasierte Gruppenangebote und nicht irgendwelche Gruppenangebote handelt. Die anderen Punkte sind eigentlich soweit in der Stellungnahme hinterlegt. – Danke schön.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Danke schön. – Dann sind wir jetzt bei der PIBB, Dr. Krebs.

Herr Dr. Krebs (PIBB): Vielen Dank. Michael Krebs ist mein Name, ich bin Geschäftsführer des ersten KSVPsych-Richtlinie-Netzes in Deutschland, aus Berlin. Ich habe seit dem ersten Tag bzw. seit dem vierten Tag, der 4. Oktober 2010, tagtäglich Erfahrungen mit dem Umgang mit der Richtlinie und weiß so ungefähr jede inhaltliche und formale Hürde, habe ich bislang erkennen können. Und was mir ganz besonders wichtig ist: Es ist primär eine Richtlinie für Patientinnen und Patienten und insbesondere die Schwerkranken und nicht primär für Leistungserbringer, zumindest habe ich das so verstanden. Deswegen finde ich es extrem wichtig, das hat der Kollege mit der pHKP schon gesagt, dass die Krankenkassen darauf

hinweisen, dass das zwar im Regelfall vier Monate durchgeführt werden kann, aber halt nur im Regelfall, darüber hinaus Ausnahmeregelungen getroffen werden können. Gleiches gilt für die bundesweite Zulassung von Soziotherapie, die in vielen Flächenländern nicht vorhanden ist.

Das Zweite, was ich sehr schwierig finde, weil es Doppelstrukturen sind: Viele schwerkranke Patienten haben bereits Anbindung in die Gemeindepsychiatrie, wo (akustisch unverständlich) dergleichen mehr sind. Wenn die, um die richtig behandeln zu können, einen zusätzlichen weiteren Leistungserbringer brauchen, Ergotherapie, Psychotherapie usw., sind das aus meiner Sicht überflüssige Doppelstrukturen, sodass man aus meiner Sicht durchaus bei Vorliegen einer gemeindenahen Versorgung dies als zweiten Leistungserbringer und damit als Einschlusskriterium für die KSVPsych durchaus nutzen könnte.

Die Fallbesprechungen sind aus meiner Sicht sehr zentral. Allerdings, und das muss man sagen: Wenn Patienten zwei Jahre am Stück behandelt werden, ob es dann auch sinnvoll ist, alle sechs Wochen sich jeweils mindestens zehn Minuten mit dem Ergotherapeuten über mehr oder weniger geplante durchgeführte Therapien zu unterhalten, ob das sinnstiftend ist, das wagen alle zu bezweifeln, die tagtäglich damit zu tun haben. Ich denke, der KBV-Vorschlag – einmal im Quartal als Verpflichtung und bei Bedarf häufiger – ist da sicherlich wesentlich sinnvoller.

Jetzt noch ein paar Punkte zu den Formalia: Aus unserer Sicht ist ein Netzverbund etwas anderes als ein MVZ oder eine große BAG. Ich glaube, das Kooperative, Gemeinsame, mit interdisziplinärem Austausch, ist das Zentrale dieser Richtlinie und das ist im MVZ sicherlich nicht gegeben, sodass wir diesen Vorschlag ablehnen.

Was uns natürlich extrem wichtig ist: dass, wenn eine Neuregelung stattfindet, insbesondere zu veränderten formalen Vorgaben, dass die bestehenden Netzverbünde nicht schlechtergestellt werden, indem da noch irgendwelche anderen Formalia eingeführt werden: Anbindung, Telematikinfrastuktur etc. als Option zu sehen, aber nicht als obligatorisch.

Ein Aspekt noch, der von den Kassen damals reinverhandelt wurde in die Übermittlung der Anzeigepflicht der Aufnahme: Bislang ist mir nicht bekannt, dass eine Kasse – oder ist mir keine Kasse zumindest bekannt, bei der man unproblematisch die Patienten anmelden kann, geschweige denn, dass eine digitale Übermittlung der Daten an die Kasse vorgesehen, geplant oder implementiert ist. Wir sind der Ansicht: Solange das nicht implementiert ist, sollte es zumindest gestrichen werden, geschweige denn, dass es erweitert wird, dass auch noch das Ende der KSVPsych-Richtlinie-Behandlung mitgeteilt wird. Das wird ja noch komplizierter und sorgt nur dafür, dass die Hürden da viel größer sind.

Und last, but not least: Aus unserer Sicht ist die Frage, ob dann die KSVPsych (akustisch unverständlich) geplant die richtige Sache ist oder ob das separat in einer abgewandelten Form stattfinden soll. Aber der Einschluss von Demenzen ist zwingend aus meiner Sicht, nicht zuletzt aufgrund der zu erwartenden demografischen Veränderungen und der verbesserten – oder der Notwendigkeit einer koordinierten und strukturierten Behandlung nötig. Wobei ich glaube, und das ist meine persönliche Meinung, dass da sicherlich eine separate Richtlinie unter Einbezug von Hausärzten und der Stärkerstellung der Neurologen sicherlich wichtiger wäre, als die zumindest umfassend in der KSVPsych-Richtlinie einzubinden bzw. müsste man größere Modifizierungen vorsehen um das umsetzen zu können, gleichwohl, aus unserer Sicht, zumindest für die leichteren Fälle zwingend erforderlich, auch diese Patientengruppe zu berücksichtigen. – Vielen Dank.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Ich danke Ihnen. – Wir kommen jetzt zum Verband der

Krankenhausdirektoren als Letzten in der mündlichen Anhörung. Aber Letzte, das Thema ist ja viel angesprochen worden. – Herr Bomke, alle warten auf Sie.

Herr Bomke (VKD): Ja, danke, dass Sie alle auf mich warten.

Ich mache es kurz und prägnant und beginne einmal mit einem Zitat von einer sehr von mir geschätzten Nobelpreisträgerin für Wirtschaftswissenschaften, die Elinor Ostrom, die mal gesagt hat: Das Management gemeinsamer Ressourcen ist am effektivsten, wenn es auf die lokale Ebene zurückgeführt wird und von den Menschen getragen wird, die direkt betroffen sind. – Darauf sollten wir uns noch einmal beziehen und deswegen unterstütze ich auch sehr stark die Ideen zur Versorgungsforschung, auch wir als VKD finden das sehr wichtig.

Warum sage ich das? – Weil man die Frage der Einbindung von Krankenhäusern immer differenzierter sehen muss. Man muss sie im regionalen Kontext sehen, dazu braucht es auch die richtigen Government-Strukturen, dass das gelingen kann. Und eine dieser Government-Strukturen wäre zum Beispiel der § 64 SGB V, Modellvorhaben. Wenn es flächendeckend umgesetzt wird, was ja die alte Bundesregierung zumindest angedeutet hatte, würden wir auch mit dieser Richtlinie näher zusammenkommen. Warum sage ich das? – Weil in anderen Ländern, vor allem der kommunale (akustisch unverständlich) in anderen europäischen Ländern im OECD-Bereich vor allem kommunale Ebenen sich sehr stark um diese Menschengruppe kümmern. Und da können die mitmachen, die auch gern kommunal oder vor Ort als Krankenhausträger tätig sind. Das passt auch zur Idee der Caritas und des Katholischen Krankenhausverbandes, mit dem wir uns da auch abgestimmt haben.

Was das MVZ angeht, würde ich es gern ein bisschen differenzieren zu unserer Stellungnahme. Kommunale MVZs oder MVZs, die von psychiatrischen Krankenhausträgern getragen werden, eignen sich blendend zur Einbindung in die KSVPsych. Man sollte das MVZ ansonsten nicht verteufeln. Aber ich verstehe die Heuschreckenidee, die immer mal wieder vorkommt. Bitte differenzierter mit dem Thema umgehen oder es eben den Leuten vor Ort überlassen.

Was auch wichtig ist, haben wir auch genannt, auch als BAG und VKD, ist das Thema Digitalisierung. Im Moment hemmt sie mehr, als dass sie hilft. Digitalisierung ist eine Möglichkeit, lokale Fehlversorgung auszugleichen. Von daher sehen wir hier noch Handlungsbedarf, was die Entbürokratisierung angeht, das ist auch noch einmal wichtig.

Ansonsten sage ich noch einmal auch für den VKD und den BAG: Krankenhäuser machen dann mit, wenn die Steuerung vor Ort auch vor Ort geregelt werden kann und wenn es nicht zu viel und zu starke bürokratische Strukturen gibt, die genau diese Regelungen verhindern.

Ansonsten haben wir es ja geschrieben, wofür wir sind und dass wir es auch begrüßen, dass die ergänzt wird. Ich könnte mir noch mehr Freiheit erlauben und einen ganz persönlichen Hinweis wollte ich noch an der Stelle geben aus unserer Versorgungssituation: Ich würde gern noch einmal mittelfristig auch versorgungsorientiert über die Höhe des GAF diskutieren. Ich denke, es könnte durchaus klug sein, den GAF abzusenken und die Gruppe viel stärker zu fokussieren, um die es in dieser Netzwerkstruktur auch gehen soll. Das wäre auch für weitere Berufsgruppen klug und sinnvoll. Wir haben Fachkräftemangel allerorten, wir haben sehr viele Berufsgruppen, die sehr niederschwellig auch mit Schwerkranken umgehen können, zum Beispiel die ambulante psychiatrische Pflege oder die neuen MPs, die wir auch haben, die helfen könnten, hier stärker einzubinden. Und da wäre so ein Signal, den GAF abzusenken - es wirkt zwar paradox - aber hilfreich, weil es die Versorgung auf die fokussiert, um die es dann vor allem gehen sollte.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Vielen Dank. – Ich möchte mich bei allen Stellungnehmern noch einmal ganz herzlich bedanken. Ich bin schon lange im G-BA in verschiedenen Funktionen,

aber ich habe noch nie gehört, dass der G-BA auch gelobt wird. Das tut richtig gut, ich konnte es kaum glauben beim Lesen Ihrer Stellungnahmen. Und Sie haben uns viele Anregungen auf den Weg gegeben und dafür sei Ihnen ganz besonders gedankt. Damit beende ich jetzt diese Anhörung und ich danke für Ihre Zeit. – Entschuldigung, Rückfragen noch, Entschuldigung, das Wichtigste überhaupt, Rückfragen, Entschuldigung. – GKV-SV.

GKV-SV: Vielen Dank auch von unserer Seite für Ihre Stellungnahmen, die ja wirklich sehr heterogen ausgefallen sind und uns dadurch natürlich auch viel Grund geben, noch einmal die Beratung zu hinterfragen.

Wir haben eine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie, also an Herrn Dr. Martin und Herrn Kiunke. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme – Zitat –:

„Einbeziehung der Demenzdiagnosen begrenzt sinnvoll. Meist handelt es sich nicht um schwer psychisch Kranke im Sinne der Richtlinie (siehe GAF-Wert). Deswegen muss für diese Patientengruppe eine Form der Versorgung für die Abbildung der vielfältigen Schritte gefunden werden, zum Beispiel eine weitere Richtlinie zur Demenzfrühversorgung. Wir folgen dem Vorschlag der KBV.“

– Zitat Ende. – Wir haben Schwierigkeiten, Ihrer Stellungnahme an dieser Stelle zu folgen. Denn wenn es aus Ihrer Sicht nur begrenzt sinnvoll sei, den Indikationsbereich und die Diagnosen aus dem ICD-10-Kapitel F00 bis F09 aufzunehmen, warum stimmen Sie dann der KBV-Position zu, die vorsieht, die Demenzdiagnosen aufzunehmen?

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Herr Martin, Herr Kiunke, wer möchte?

Herr Martin (DGPT): Herr Kiunke, möchten Sie?

Herr Kiunke (DGPT): Ja, ich kann darauf antworten. Ich glaube, da kann man sich vielleicht ein bisschen an das anschließen, was Herr Krebs gesagt hat: dass es vielleicht mittelfristig sinnvoll sein könnte, für diese Patientengruppe in einer separaten Richtlinie Versorgungsstrukturen zu schaffen und dass es Fälle gibt, in denen die Einbindung von Demenzdiagnosen in diesem Fall, ja, in den Netzverbünden abgedeckt werden könnte. Daher haben wir uns dafür ausgesprochen, das Diagnosespektrum dafür zu öffnen. Es ist eher eine Anregung, die gedacht ist, langfristig vielleicht noch einmal nachzudenken, wie diese Patientengruppe anderweitig auch versorgt werden kann, genau. Aber wir sprechen uns klar dafür aus, diese Möglichkeit zum aktuellen Zeitpunkt auch in der KSVPsych-Richtlinie zu schaffen.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Patientenvertretung, Sie hatten noch eine Rückfrage?

PatV: Ja, ich hätte eine Rückfrage, vielen Dank, Frau Dr. Grell. Ich hätte eine Rückfrage an Herrn Nieswand. Er hat etwas von Peer-Expertise gesagt, was für mich als psychiatrieerfahrener Vertreter interessant ist, ich weiß das auch. Vielleicht könnte auch Herr Greve etwas in Verbindung mit dem GBV-Projekt sagen. Ich fände das grundsätzlich gut, aber die Peers sind in dieser Richtlinie nicht angesiedelt. Wie sollen sie finanziert werden? Es wäre die Frage, ob das eventuell durch Kooperationen mit Krankenhäusern geschehen könnte, dass die Peers, die im Krankenhaus beschäftigt werden könnten, da mitwirken. Ansonsten müsste man da umdenken, dass man auch Peers in Netzverbünden einstellt. – Danke.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Herr Nieswand, wollen Sie antworten?

Herr Nieswand (DGSP): Ja, kurz. Also grundsätzlich wollte ich das Thema ja einbringen, wie

wir es dann im Endeffekt regeln. Ja, vielen Dank für die Unterstützung Ihrerseits, PatV, das müssten wir dann sehen. Aber das ist natürlich beides so unterrepräsentiert, deshalb haben wir das hier noch einmal mit reingebracht. Das ist erst mal meine erste Antwort. – Nils, vielleicht willst du das ergänzen? Aber ja, das ist jetzt schon wieder viel zu konkret, wird es dann sein.

Herr Greve (DVGP): Ja, in aller Kürze. Wir haben gute Erfahrungen mit der Einbeziehung von Genesungsbegleitern in unsere Arbeit, einschließlich des GBV-Projekts. Wie die dann aber finanziert wird, die wird ja nun nicht aus der Richtlinie finanziert, sondern die Einrichtungen, in denen sie jeweils beschäftigt sind, finanzieren sie; nach meinem Eindruck oft zu niedrig eingestuft. Aber dass man das Angebot Genesungsbegleitung früher oder später, weil das ja ohnehin im Kommen ist, auch in der Richtlinie zu berücksichtigen hat, damit rechne ich. Vielleicht jetzt noch nicht, offen gesagt, weil es noch nicht überall verbindlich vorhanden ist.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Das war Herr Greve, für das Protokoll. – Jetzt gibt es eine Rückfrage von der KBV.

KBV: Vielen Dank. Noch einmal an alle Stellungnehmenden: Das ist sehr hilfreich und trägt auch zur KSVPsych-Richtlinie bei als lebende Richtlinie, die nicht einmal verabschiedet ist und dann für immer ewig vor sich hin tuckert, sondern ständig angepasst wird.

Ich habe eine Frage an zwei Organisationen, einmal an die DGPPN, Frau Dr. Claus, und auch an Herrn Dr. Krebs von der Psychiatrie Initiative Berlin-Brandenburg. Bei der Konzeption der Richtlinie war uns wichtig, dass Behandlungskontinuität auf einer Ebene entsteht, die fachlich qualifiziert ist und auch damit sicherstellt, dass Kranke nicht ständig neu unterschiedlichen Therapeutinnen und Therapeuten vorstellen müssen, was sie haben und was man vereinbart hat und was man gemeinsam anstrebt. Dabei haben wir festgestellt, dass das nicht immer flächendeckend und überall auf der Ebene der psychiatrischen Versorgung möglich sein kann und durchaus aber möglich wäre auf der Ebene der psychotherapeutischen Versorgung.

Meine Frage an Sie beide, Frau Dr. Claus und Herr Dr. Krebs, wäre: Sind denn für Sie Konstellationen denkbar, wo in enger Abstimmung von Psychotherapeuten und Ärzten auch eine Bezugsfunktion durch Psychotherapeuten möglich wäre; im Rahmen sowieso der berufsrechtlichen Voraussetzungen, aber vielleicht auch unter der Maßgabe weiterer Auflagen eine Möglichkeit zu eröffnen, dass auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Konditionen des § 6 Absatz 1, zum Beispiel somatische Grunderkrankung, auch eine Bezugsfunktion wahrnehmen können? Da wäre ich Ihnen sehr dankbar, wenn Sie uns dazu noch Ihren Eindruck mitteilen.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Wer möchte anfangen? Frau Dr. Claus, Herr Krebs?

Frau Dr. Claus (DGPPN): Also ich kann etwas dazu sagen. Nach unserem Verständnis ist es so: Es handelt sich ja um eine Richtlinie für schwer psychisch kranke Menschen. Und wir kennen alle von dieser Patientengruppe die hohe Komorbidität sowohl mit anderen psychiatrischen Erkrankungen als auch die hohe somatische Komorbidität. Und dass selbstverständlich in einem Netzwerk multiprofessionell zusammengearbeitet werden soll und kann, so ist die Richtlinie ja auch konzipiert, ist keine Frage. Aber: Um wirklich abzudecken, dass wir gerade für diese Klientel, das ist auch angesprochen worden – brauchen wir vielleicht sogar einen niedrigeren GAF. Aber wenn wir über schwer psychisch Kranke sprechen, dann ist es aus unserer Sicht dringend erforderlich, dass der Gesamtbehandlungsplan fachärztlich geleitet wird und natürlich darüber hinaus alle Berufsgruppen, ob das jetzt Ergotherapeuten sind, ob das Psychotherapeuten sind oder insbesondere auch die psychiatrische Pflege, dass wir alle zusammenarbeiten und jeder, orientiert am Bedarf des Patienten, seinen Beitrag dazu leistet.

Beantwortet das Ihre Frage?

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): KBV.

KBV: Ja, in Teilen, in Teilen insofern, dass ich Ihnen da auch zustimme, dass bei der differenzialdiagnostischen Abklärung möglicherweise differenziert werden kann, gerade bei neuen Patientinnen und Patienten, die in das Netz kommen. Aber, wenn die Patientinnen und Patienten bekannt sind und man auch die Kolleginnen und Kollegen im Netz kennt und weiß, das kann auch die Psychotherapeutin XY sehr gut in der Kontinuität als Betreuungsperson wahrnehmen, könnte das für uns auch eine Möglichkeit sein, Versorgung in Bereichen zu ermöglichen, wo wir Engpässe haben, auch entsprechend Kollegen aus dem Bereich der Psychiatrie zu finden. Insofern: Auch wenn Ihnen im Nachgang noch etwas dazu einfällt oder vielleicht eine ganz elegante Möglichkeit, wie man so etwas im Einzelfall ermöglichen kann, würden wir das gern in die Richtlinie so aufnehmen, um an der Stelle das nicht so apodiktisch zu regeln, wie es momentan noch geregelt ist. – Vielen Dank.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Herr Krebs.

Herr Dr. Krebs (PIBB): Ich würde gern noch etwas dazu sagen. Ich musste lange überlegen. Deswegen habe ich parallel noch einmal – es war nett, dass Frau Claus den Vortritt hatte – in der Richtlinie nachgeguckt, denn sämtliche Fußnoten kenne ich nun doch nicht auswendig und mir war nicht ganz klar, um welchen Punkt es geht.

Also ich glaube, in dem von Herrn Gibis geschilderten Fall, dass jemand eine schwerkörperliche Erkrankung hat und mehr oder weniger eine Richtlinien-Psychotherapie absolviert, wo der Richtlinien-Psychotherapeut die Frage nach der Bezugstherapie – die Bezugstherapeutenfunktion übernimmt: Ich denke, so, wie es die Erfahrung in Berlin zeigt, kann ich mich an keine psychologischen Psychotherapeuten erinnern – oder wäre maximal eine einstellige Zahl –, die keinen Facharzt als zweiten Therapeuten hatten. Also die auch vorgesehene Sache, dass der Psychotherapeut, der psychologische Psychotherapeut pHKP, Soziotherapie oder Ergotherapie verordnet, ist mir zumindest nicht bekannt, dass der real passiert ist. Insofern waren das alles Tandems aus Ärzten und Psychotherapeuten. Insofern hätte ich persönlich, aber das ist jetzt eher meine persönliche Ansicht, wenn ein Patient mit einer schweren körperlichen Erkrankung in einer Richtlinien-therapie engmaschig von einem psychologischen Psychotherapeuten gesehen wird, dass der da Bezugstherapeut wäre, gar keine Bauchschmerzen damit, solange ein Facharzt im Boot ist.

Wo ich größte Bauchschmerzen hätte, aber das ist eher meiner Funktion als Arzt geschuldet, wenn dann etwas passieren würde, dass derjenige mit einer Ergotherapie versorgt wird und der sämtliche somatische Bereich völlig außen vor wäre. Aber in der Konstellation hätte ich persönlich – und ich arbeite mit vielen Psychotherapeuten engmaschig zusammen und habe da auch gar keine Sorgen, dass die im Zweifelsfall schon Red Flags sehen und der Kollege den entsprechenden Patienten, Patientin zu mir schickt, wenn es denn nötig ist. Da hätte ich jetzt keine Sorge oder hätte ich persönlich kein Problem damit, die Bezugsarztfunktion oder die Bezugspsychotherapeutenfunktion abzugeben. Aber ich glaube, das sollte auf jeden Fall, also wenn es dann um, weiß ich was, Clozapin-Patienten geht, ein Schizophrener unter Clozapin-Therapie oder jemand mit einer Schmerztherapie mit einer Opiatbehandlung, da sollte dann schon ein Facharzt an Bord sein, der dann zumindest engmaschig auch kontaktiert wird und nicht am Facharzt vorbei. Das würde ich zumindest als Red Flag sehen, dass dann – dann hätte ich persönlich zumindest keine Vorbehalte.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Frau Berwanger zu dem Thema noch.

Frau Berwanger (BDP): Ich entschuldige mich, da ist die Hand gehoben worden, ich bin da

versehentlich draufgekommen.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Okay, kein Problem. – Herr Bomke, falsche Hand oder richtige Hand?

Herr Bomke (VKD): Also wir hatten das ja auch in der Stellungnahme geschrieben, dass wir das Thema Fachkräfte durchaus auch noch einmal größer sehen müssen. Und ich wundere mich immer, dass Sie Debatten immer nur mit den sogenannten Therapeuten führen. Wo ist die Pflege, auch die gut qualifizierten, akademisch gebildeten APNs, wo sind die in Ihrem Konzept? Und ich finde, denen kann man wesentlich mehr Möglichkeiten geben, was – ich sage das nicht, weil ich meine, dass es mein Glaube ist, sondern wir haben eine Studie von der BAG aus über die Weiterentwicklung der Fachkräftestrukturen und den Umgang mit Fachkräftemangel geführt, und dabei ist sehr deutlich herausgekommen im europäischen Kontext, dass akademisch qualifizierte Pflege oder weiterqualifizierte Pflege Themen übernehmen kann in Netzverbünden, in gemeindepsychiatrischen Verbünden, die auf der einen Seite niederschwellig ist und auf der anderen Seite aber zu den ärztlichen Kollegen und zu den psychotherapeutischen Kollegen eine sehr gute Verbindung schafft. Ich würde mir wünschen – ich weiß, dass es vielleicht eine Berufsgruppendebatte auslöst –, aber dass man pragmatisch diesen Berufsgruppen auch mehr Raum geben könnte. Das macht man zum Beispiel schon in der Eingliederungshilfe und an anderer Stelle. Warum dann nicht in dieser Richtlinie? Also das fände ich aus Sicht der BAG wichtig, zumindest den Impuls zu geben, dass es mehr gibt als ärztliche Therapeuten und psychologische Psychotherapeuten. Ich will nicht sagen, dass es – Das braucht man alles, ist alles wichtig für die Steuerung, aber die Basisarbeit kann in dieser Richtlinie auch von anderen Berufsgruppen, zum Beispiel den angesprochenen APNs, übernommen werden, was jetzt auch mit dem Pflegekompetenzgesetz ebenfalls kommen wird.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Danke schön. – Patientenvertretung.

PatV: Vielen Dank, Frau Dr. Grell. Auch von uns noch einmal als Patientenvertretung danke an alle, die Stellung genommen haben, da haben Sie uns viel Material mitgegeben, mit dem wir noch zu arbeiten haben.

Meine Frage richtet sich an Herrn Greve vom Dachverband Gemeindepsychiatrie. Der Dachverband Gemeindepsychiatrie hat in seiner Einleitung, im Einleitungstext, geschrieben, dass es aus dem GBV-Projekt, das ja auch der Innovationsfonds oder Innovationsausschuss empfohlen hat, dass es da Hinweise geben könnte auf die Durchführung dieser Richtlinie. Meine Frage wäre: Gibt es konkrete Hinweise oder konkrete Vorschläge, die Einfluss auf diese Richtlinie, wie wir sie jetzt vorliegen haben, nehmen könnten, Herr Greve?

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Herr Greve.

Herr Greve (DVGP): Nils Greve. – Die gäbe es. Es gibt zwei Punkte, von denen ich jetzt einen priorisieren würde, die wir einbringen könnten. Der Punkt, den ich priorisiere, ist: Wir haben uns ja seinerzeit beworben bei der Ausschreibung des Innovationsfonds auf leistungsträgerübergreifende Versorgung, und damit ist das Projekt auch sozusagen als Markenzeichen durchgeführt worden.

Jetzt sind ja in der Richtlinie die Leistungserbringer aus anderen Gesetzbüchern durchaus schon adressiert, aber eher im Sinne von: Bei Bedarf sind sie zu berücksichtigen. – Das ließe sich mit begrenztem Aufwand so nachschärfen, dass das zu dem Ergebnis führen würde, diesen Punkt umzusetzen. Das wäre insbesondere – müsste man den § 9 um einen Absatz ergänzen. Sie gestatten, dass ich das schon mal im Vorfeld überlegt habe, der Absatz könnte lauten als Absatz 4:

„Sofern Leistungen außerhalb des SGB V bereits bestehen oder initiiert sind, sind diese in die Gesamtplanung einzubeziehen. Geeignete Leistungserbringer sind zur Beteiligung an dieser erweiterten Gesamtplanung einzuladen.“

Zur Begründung: Wir haben seinerzeit gesagt, es muss nicht sein, dass die Leistungsträger, also die Kostenträger, gemeinsam Übereinkünfte schließen, damit man deren Leistungserbringer ins Geschehen einbeziehen kann. Wir haben sie im Projekt einfach eingeladen und sie haben in der Regel auch teilgenommen und das dann als Regelleistung abgerechnet. Da sind also auf die Kassen überhaupt keine Mehrleistungen zugekommen, wenn dann ein Assistenzleistender aus der Eingliederungshilfe bei einem Netzwerkgespräch dabei ist.

Abgesehen von dieser Ergänzung müsste man dann gegebenenfalls, wenn man diesen Punkt umsetzen will, einiges Wording ändern. Zum Beispiel der „Gesamtbehandlungsplan“ müsste dann ein „Gesamtplan aller Hilfen“ sein und die Angebote außerhalb des SGB V müssten nicht „erleichtert“, sondern „einbezogen“ werden. Aber das sind eher geringfügige Änderungen. Also diesen Punkt könnte man redaktionell mit sehr begrenztem Aufwand in die Richtlinie einfügen.

Der zweite Punkt, den ich immerhin erwähnen will, ohne dass ich finde, dass der jetzt hier in die Richtlinie passt: Wir haben im GBV-Projekt geregelt, dass alle Kooperations- und Netzwerkgespräche zwischen Leistungserbringern unter Einbeziehung der Patienten zu erfolgen haben, es sei denn, die Patienten wollen das ausdrücklich nicht. Das war in dem Fall im Rahmen des Projektes vergütungsrelevant. Wir haben gute Erfahrungen damit gemacht, dass Patienten in aller Regel mitbekommen, was Leistungserbringer untereinander austauschen. Darauf würde ich es jetzt beschränken. Man könnte sicher weitergehende Aspekte aus dem Projekt annehmen, aber ich glaube, das wäre aus meiner Sicht der Kern dessen, was in die Richtlinie gehören sollte. – Danke.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Frau Folgner auch zu dem Thema?

Frau Folgner (DVSG): Genau. Herzlichen Dank, dass ich noch die Möglichkeit bekomme.

Ich möchte ausdrücklich noch einmal auf Herrn Bomke Bezug nehmen und auch auf Herrn Greve. Ich habe jahrelang in einem Sozialpsychiatrischen Dienst gearbeitet und ich kann jetzt leider nicht das Gesetz nennen, wie Sie das in die Richtlinie mitbekommen würden, aber bei uns gab es dadurch immer eine warme Übergabe, also Menschen, die einfach durch den ÖGD begleitet worden sind, durch uns als koordinierende Bezugspersonen in dem GPV, den wir hier vor Ort hatten. Das heißt, wir haben dafür gesorgt, dass sie bei den Ärzten ankommen, dass sie bei den Therapeuten ankommen und das war unsere Aufgabe im multiprofessionellen Raum.

Und ich kann nicht für die Pflege sprechen, ich kann nur in dem Sinne für meine Berufsgruppe – die soziale Arbeit steht dafür zur Verfügung. Und deswegen bin ich auch wirklich dankbar, dass Sie hier noch einmal andere Professionen ausdrücklich angesprochen haben, weil: Bitte denken Sie das mit, es muss weiter gefasst werden. Denn die Therapeutinnen und Therapeuten, die sind ja nicht fünf Tage die Woche da. Meine Klientel hält sich an keine Termine. Das heißt, Sie müssen dafür sorgen, dass die Person auch in der richtigen Zeit und die richtige Möglichkeit zu Hause ist und dieses Angebot wahrnehmen kann. So ist die Realität und deswegen sage ich: Orientieren Sie sich an der Lebenswelt und an der Situation. Das heißt, wenn meine Klientel nicht um die richtige Zeit kommt, um sich eine Spritze abzuholen, dann

kann ich aber dafür sorgen, dass es noch einmal funktionieren kann. Ich bedanke mich, dass Frau Claus dafür nickt, herzlichen Dank. Und deswegen: Denken Sie uns alle mit, bitte.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Danke schön. Wir haben hier rege Chatnachrichten, da gibt es viel Zustimmung. Die sind aber nicht im Protokoll, darauf wollte ich nur noch einmal hinweisen. – Prof. Härter hatte sich gemeldet.

Herr Prof. Härter (DNVF): Ich wollte auch kurz zwei Dinge kommentieren, denn das passt natürlich zu den letzten Bemerkungen von Herrn Bomke und jetzt auch von Frau Folgner. Also man sollte, wenn man in der Literatur schaut, genau diese Stelle entdecken: dass die Multiprofessionalität in solchen Netzwerken erfolgreich ist, wenn man das wissenschaftlich aufarbeiten würde. Und das ist ja hier der klinisch-praktische Blick. Also wir würden auch sehr dafür plädieren, dass man noch einmal darüber nachdenkt, wie die Multiprofessionalität auch regional hergestellt werden kann.

Zum Stichwort Genesungsbegleitung: Da gilt das Gleiche, da gibt es auch gute Studien. Und das, was die Patientenvertretung gesagt hat, würden wir sehr unterstützen, das ist einfach nicht gemacht worden. Wenn man das machen würde, würde man sehen, welche nationalen und internationalen Erfahrungen es dazu gibt, und das könnte man in der Planung sicherlich noch einmal gewinnbringend bedenken. – Vielen Dank.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Herr Tschinke.

Herr Tschinke (DFPP): Ich würde das ganz gern noch einmal mit einbringen, dass wir natürlich in der DFPP das auch schon nach dem Pflegekompetenzgesetz – die erweiterten Aufgaben von APNs mitdenken und auch überlegen, dass sie da auch erweiterte Aufgaben übernehmen können. Wobei natürlich auch Vergütungsstrukturen dementsprechend angepasst werden müssen, um eben auch APNs für die pHKP zu gewinnen.

Und dann wollten wir noch darauf hinweisen, dass wir auch schon Projekte haben, wo wir Genesungsbegleiter in die pHKP integriert haben im Rahmen der integrierten Versorgung, dabei haben wir sehr gute positive Erfahrungen gemacht in verschiedenen Netzwerken, dass sie sich in die pHKP sehr gut integrieren lassen. – Danke schön.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Frau Claus hatte sich noch gemeldet. War das zu diesem Thema, Frau Claus?

Frau Dr. Claus (DGPPN): Ja, genau, zu dem Thema, denn das, was Herr Härter und auch Frau Folgner gesagt haben, ist mir wirklich eine Herzensangelegenheit.

Unser Verständnis war immer, dass wir eine Richtlinie für die Schwerstkranken brauchen, dass wir das Aufsuchende gewährleisten können, dass wir die Multiprofessionalität abbilden, und dafür gibt es wirklich sehr viele Modelle, dass das gut funktioniert unter Einschluss von Genesungsbegleitern usw.

Die Richtlinie ist aber so, wie sie bisher gelebt wird in den Regionen, ja ein bisschen anders konzipiert. Und wenn man das noch einmal so angehen will, dass man sagt, aufsuchende Hilfen für die Schwerstkranken werden mitgedacht, dann wäre das, glaube ich, ein sehr großer Gewinn und dann müssten wir an vielen Stellen, glaube ich, gar nicht über den einen oder anderen Paragraphen stolpern in der Verbindung, Kooperation auch über SGB V hinaus. Also da liegt, glaube ich, eine große Chance, wenn man den Gedanken noch einmal aufgreift.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Jetzt gibt es noch zwei Stellungnehmer zu diesem Punkt. Herr Roddau.

Herr Roddau (BAPP): Ich würde zu bedenken geben, dass das Case-Management für

Pflegefachberufe schon seit langer Zeit zum Standardwerk gehört und dass wir im Rahmen des Case-Managements natürlich auch eine Vor-Ort-Begleitung sehr gut machen können. Das Problem, das wir aktuell haben, ist schlicht und ergreifend, dass wir das nicht über die Zeit bekommen, also dass wir in der Regelversorgung das Ganze nur über vier Monate begleiten können. Das würde ich da zum Thema Multiprofessionalität gern noch einmal zu bedenken geben.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Danke schön. – Der Letzte zu diesem Thema ist Herr Bomke.

Herr Bomke (VKD): Noch einmal ergänzend zu all dem wollte ich so einen Governance-Aspekt aus der Forschung nennen, diese Richtlinie, und das beantwortet vielleicht auch die Frage nach dem Engagement von sogenannten Krankenhäusern und der Einbindung vieler Berufsgruppen. Man muss beachten, dass eine Steuerung dann funktioniert, das zeigen sehr viele Studien, wenn es einen starken Partner gibt, der das übernimmt – wer auch immer das ist, das kann auch das regionale Krankenhaus sein, dann aber auch mit der Kompetenzverantwortung –, oder es viele gleichberechtigte Netzwerkpartner gibt. Unter diesen zwei Bedingungen funktionieren, das zeigen Studien in Europa, solche Verbünde sehr gut. Es funktioniert nicht, wenn sich alle Beteiligten in einem ständigen kompetitiven Wettbewerb befinden.

Und jetzt komme ich zum Kern: Dieser kompetitive Wettbewerb – oder dieser Wettbewerb, das ist das gleiche Wort – wird natürlich erzeugt, wenn Sie den stationären Sektor und den ambulanten Sektor auch in Zukunft immer voneinander unabhängig denken und finanzieren. Und dieses Thema werden wir hier nicht lösen, aber es ist für die strategische Entwicklung wichtig, dass man da hybridere Formen der Steuerung findet. Und da darf ich noch einmal daran erinnern: Modell 64b wäre so eine Form. Und es würde uns auch helfen, der Frage nachzugehen, warum Krankenhäuser mitmachen oder nicht mitmachen oder der eine mitmacht und der andere nicht mitmacht. Es liegt nicht am Willen oder an irgendeiner frühkapitalistischen Grundhaltung, sondern es liegt an den Steuerungsinstrumenten, die wir derzeit einsetzen. Und ein kleiner Weg ist: Öffnen Sie die Berufsgruppen und konzentrieren wir uns auf die Schwerstkranken.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): GKV-SV.

GKV-SV: Vielen Dank. Ich wollte gern noch einmal auf dieses Thema der fachärztlichen und psychotherapeutischen Zusammenarbeit zurückkommen. Für uns ist natürlich immer eine zentrale Frage in diesem Kontext, wer die Leistung dann am Ende erbringt. Und das bedeutet natürlich: Wenn ein Facharzt eingebunden wird, ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, dann würde man natürlich landläufig annehmen, dass es eigentlich ausreicht, wenn dieser diese Tätigkeit erfüllt. Gleichzeitig haben wir aber natürlich auch viele psychologische Psychotherapeuten im Versorgungssystem, sodass ich durchaus die Frage stellen könnte, ob in jedem Fall dann auch ein psychologischer Psychotherapeut oder eine psychologische Psychotherapeutin hinzugezogen werden müsste.

Wir sind auf diese Frage noch einmal in der Stellungnahme des Berufsverbands Deutscher Nervenärzte gestoßen, da schreiben Sie, die Differenzialdiagnostik sollte unbedingt fachärztlich und psychotherapeutisch erfolgen, um alle Aspekte der Versorgung zu prüfen und bei Bedarf diese einleiten zu können. Und wenn man dann im Folgenden der Stellungnahme noch einmal schaut, dann lautet es dort:

„Die Prüfung der Einbeziehung eines Psychotherapeuten bei vorwiegend psychiatrischer Behandlung kann im Rahmen der Differenzialdiagnostik erfolgen.

Allerdings ist nicht immer zwingend die psychotherapeutische Mitbehandlung nötig oder möglich. Mitunter sind schwer psychisch Kranke nicht in der Lage, psychotherapeutische Behandlung wahrzunehmen, gegebenenfalls ist erst nach einer Stabilisierungsphase diese möglich.“

Die sich für uns daraus ergebende Frage ist: Sehen Sie in allen Fällen vor, dass eine fachärztliche Prüfung durch einen Psychiater und einen psychologischen Psychotherapeuten erfolgt? Also sehen Sie solch eine gemeinsame Differenzialdiagnostik vor? Und wenn ja: Wie würde die dann aussehen? Also gehen Sie davon aus, dass dann auch der Facharzt bzw. die Fachärztin und der Psychotherapeut bzw. die Psychotherapeutin zeitgleich anwesend sind? Oder stellen Sie sich eher ein Konsil vor? Denn das ist ja eine ganz zentrale Frage, wenn es hier auch um die Zusammenarbeit dieser Berufsgruppen geht. Man könnte natürlich auch überlegen, ob es zu unterschiedlichen Zeitpunkten stattfindet. Da würde mich interessieren, welchen Zeitraum Sie da angemessen sehen. – Vielen Dank.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Herr Dr. Gehring, können Sie klären?

Herr Dr. Gehring (BVDN): Es funktioniert letztlich nur zusammen, das Schlagwort ist die Kooperation und letztlich die koordinierte Zusammenarbeit.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): GKV-SV, war das ausreichend?

GKV-SV: Also das habe ich jetzt nicht ganz verstanden. Also Sie haben ja in Ihrer Ausführung geschrieben, es ist nicht immer notwendig, einen Psychotherapeuten einzubinden, Sie denken aber, in der Differenzialdiagnostik ist es erforderlich, dass immer ein Arzt für Psychiatrie und ein psychologischer Psychotherapeut zusammenarbeiten?

Herr Dr. Gehring (BVDN): Ja, aber eben nur – das Schlagwort ist „nur zusammen“, also nur, dass die Kooperation vorgehalten werden kann. Immerhin haben wir als Psychiater und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ja auch zwei Hüte auf. Wir sind ja Psychiater und ärztliche Psychotherapeuten.

GKV-SV: Okay, jetzt habe ich es, glaube ich, verstanden. Also Sie sagen, es muss eine Kooperation bestehen, damit für den Fall des Falles dann auch ein psychologischer Psychotherapeut beispielsweise eingebunden werden kann ...

Herr Dr. Gehring (BVDN): Im besten Fall.

GKV-SV: ... das aber nicht zwangsläufig bei der Differenzialdiagnostik, weil Sie ja, wie eben ausgeführt, diese zwei Hüte auf haben.

Herr Dr. Gehring (BVDN): Genau, genau.

GKV-SV: Perfekt. Danke schön.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Gut. – Dann jetzt Patientenvertretung.

PatV: Ich wollte noch einmal auf die Frage der Einbeziehung der Demenz kommen, das ist ja mehrfach vorgeschlagen bzw. empfohlen worden. Und wir haben bei Betrachtung dieser Frage ein Problem gefunden, wo ich hören wollte, ob Sie das auch schon mitgedacht haben und welche Lösung Sie dafür haben. Diese Richtlinie hier zielt ja im Kern auf die Kooperation zwischen psychologischen Psychotherapeuten und Psychiatern. Um den Kern herum ist natürlich noch ganz viel anderes gewünscht, aber das scheint uns der Kern zu sein. Und Demenz ist gar keine Indikation für Psychotherapie. Wie passt das dann zusammen?

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Wer möchte von den Stellungnehmern? – Frau Löwe war, glaube

ich, die Erste. Frau Löwe, wollten Sie sich zu dem Thema äußern?

Frau Löwe (CBP): Ja, ich bin schon am Sprechen, nur leider hatte ich mein Mikrofon aus, ich bitte um Entschuldigung.

Wir hatten uns zu dem Thema deshalb eingebracht, weil wir natürlich auch für bestimmte Arten von Demenzen bzw. bestimmte Stadien und vor allem auch für die Hirnorganiker mit erworbenen Hirnschädigungen anderer Ätiologie eine strukturierte Behandlungsmodalität suchen. Es gibt ja jetzt im Bereich der Hirnorganiker eine Indikation für Neuropsychotherapie zumindest und dort fallen auch die Demenzen rein. So, jetzt haben wir nicht überall flächendeckend diese Neuropsychotherapeuten, aber ein Anfang muss ja gemacht werden und Fakt ist, dass diese Behandlungsklientel, so, wie es bei uns auch in der Eingliederungshilfe ankommt, sozusagen tatsächlich noch einen parallelen Behandlungsbedarf hat. Die sind nicht fertig, wenn die aus der stationären Reha kommen – oder geriatrische Rehabilitation, oder so. Es gibt dort tatsächlich einen Behandlungsbedarf und es gibt eine Indikation für Neuropsychotherapie.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Herr Krebs.

Herr Dr. Krebs (PIBB): Also aus meiner Sicht sind Demenzen eigentlich der Prototyp für eine komplexe strukturierte Behandlung. Ich gebe Ihnen völlig recht: Eine Richtlinienpsychotherapie ist zumindest bei fortgeschrittener Demenz da in aller Regel nicht sinnvoll, aber durchaus in leichten Demenzformen. Und die Einbeziehung und die Koordinierung mit Ergotherapie beispielsweise oder häuslich aufsuchender, also psychiatrisch häuslicher Krankenpflege in Akutstadien zur Delirmitbegleitung, die Einbindung von anderen Fachärzten und dann die Einbindung von Pflegestützpunkten, Pflege- (akustisch unverständlich) und etc., ich denke, das ist wirklich – also wenn es – ich möchte mich jetzt nicht zu weit aus dem Fenster lehnen, aber ich denke schon, dass Demenzen prototypisch in diesen Bereich gehören. Ob – und das war meine Sache, weil ich das vorhin gesagt habe – das ideal mit den in der Richtlinie fixierten Teilnehmern dort aufgeführt ist, weil die Hausärzte eine viel zentralere Funktion haben als erster Ansprechpartner, die Neurologen einen viel größeren Stellenwert als beispielsweise bei Schizophrenen haben, das sollte vorhin meine Anmerkung sein, weswegen ich da zurückhaltend bin. Auch die Psychotherapeut:innen können natürlich bei Angehörigen – spielen eine extrem große Rolle, wo großes Leid, große Problematik in der Versorgung der Demenzerkrankten eine Rolle spielt, definitiv eine ganz zentrale Rolle spielen. Deswegen meinte ich vorhin – das war eher der Versuch, in der Richtlinie nicht damit zu überfordern, aber prinzipiell, aus meiner Sicht, prototypisch geeignet, die Erkrankungen. Wobei andere Leistungserbringer und andere Kostenträger definitiv mit einbezogen werden müssen, ohne die macht es gar keinen Sinn, beispielsweise bei Pflegeversicherungen, so viel dazu. Aber ich glaube, ich habe die Frage damit zumindest teilweise beantwortet.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Sie haben die Nervenärzte schon angesprochen. Herr Dr. Gehring.

Herr Dr. Gehring (BVDN): Ich kann mich da eigentlich Herrn Krebs nur anschließen. Die Demenz ist für eine koordinierte Versorgung gemacht – und umgekehrt. Wir kommen in eine Situation, wo wir den Auftrag haben werden, sehr viele Betroffene mit Demenzen zu diagnostizieren, da brauchen wir Neuropsychologen. In der Frühphase, das ist jetzt hier nicht das Thema, aber kommen wir in eine Situation, wo Demenzen wieder neurologisch behandelt werden, nämlich durch Antikörpertherapie. Aber all die, die dafür nicht infrage kommen und erhebliche Bedarfe haben, brauchen dann entsprechend stützende Gespräche. Die Angehörigen, das hatte Herr Krebs schon ausgeführt, brauchen diese stützenden Gespräche.

Und wir brauchen da tatsächlich jeden Mann, jede Frau an Bord, um es mal dramaturgisch darzustellen, der irgendwie versorgen kann, psychologisch versorgen kann, deshalb ein ganz klares Ja.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Frau Dr. Wilms hatte sich noch zu dem Thema gemeldet.

Frau Dr. Wilms (ackpa): Ja, ich möchte nicht zu kleinkariert wirken, danke. Ich sehe in der Überschrift, dass es um die berufsgruppenübergreifende Versorgung für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexen psychiatrischem oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf geht. Und ich sehe, dass nicht alle Menschen mit schweren psychotherapeutischen – oder mit erheblichen psychotherapeutischen Bedarfen in gleicher Weise, darüber haben wir uns eben lange unterhalten, sofort auch in gleichem Umfang eine ärztliche psychiatrische Unterstützung benötigen. Und so sehe ich das umgekehrt bei den Demenzerkrankungen auch. Also ich finde, dass es in der Richtlinienüberschrift schon ganz gut steht, es steht ein „oder“ da und kein „und/oder“.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Danke schön. – GKV-SV, Sie haben noch eine Frage?

GKV-SV: Ja, ich hätte noch eine Frage an die DGPPN, also an Frau Dr. Claus. Und zwar zielt ja die KSVPsych-Richtlinie auch darauf ab, eine Verbesserung des Sektorenübergangs zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu erreichen. Derzeit ist in der KSVPsych-Richtlinie vorgesehen, dass eine Eingangssprechstunde in der Regel innerhalb von sieben Werktagen und die Differenzialdiagnostik ebenfalls innerhalb von in der Regel sieben Werktagen erfolgen soll. Das sind natürlich nur so Richtgrößen, deshalb wurde ja auch diese juristische Öffnung in der Regel mit eingebaut, das ermöglicht eben auch ein gelegentliches Abweichen.

Uns würde nun interessieren, welchen Zeitraum Sie nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus für angemessen halten, bis eine ambulante Versorgung dieser Patientengruppe eingeleitet wird.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Frau Claus, Sie sind direkt angesprochen.

Frau Dr. Claus (DGPPN): Danke für Ihre Frage. Also wir haben uns ja in unserer Stellungnahme schon dazu positioniert. Also wenn wir in einer Versorgungsrichtlinie für schwer psychisch Kranke – wenn wir das konzipieren wollen, dann halten wir diese Frist von sieben Tagen, in der Regel sieben Tagen, für dringend erforderlich. Und das schließt noch einmal ein bisschen an das an, was Frau Wilms gerade davor gesagt hat. Also es geht nicht darum, dass Psychotherapeuten und Ärzte gut zusammenarbeiten und dafür ist eine Richtlinie erforderlich, sondern es geht wirklich – es ist eine Versorgungsrichtlinie und im Zentrum stehen schwer psychisch Kranke. Das heißt, es gibt natürlich einen Zeitdruck auch nach der Entlassung, dass diese Menschen schnell in einem Netz aufgefangen werden können, um sich im ambulanten Settingsektor übergreifend zu stabilisieren.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Frau Pielsticker, Sie möchten ergänzen?

Frau Dr. Pielsticker (DPTV): Ja, sehr gern. Ich möchte das noch einmal unterstützen, was Frau Wilms eben gesagt hat: dass es selbstverständlich eben auch Patienten in dieser Gruppe, über die wir sprechen, gibt, die eben auch einen ganz besonderen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf haben. Und es ist so, dass diese Patienten ergänzend auch medizinisch gesehen werden müssen, da haben wir in der Regelversorgung auch das Konsiliarverfahren. Das heißt, wir überweisen ganz selbstverständlich – oder wir beziehen ganz selbstverständlich den Arzt auch mit ein. Also ich selbst bin niedergelassene Schmerzpsychotherapeutin. Es ist Usus, dass wir mit den Ärzten gemeinsam arbeiten und dass zur Medikationsanpassung auch die Ärzte wieder mit ins Boot geholt werden. Und es ist nicht selten der Fall, dass wir das unsererseits auch bei den Patienten immer wieder anstoßen und das sehr wohl mit im Blick

haben. Und ja, ich denke, da kann man uns ein bisschen Vertrauen schenken, dass wir sehr wohl darauf bedacht sind, interdisziplinär zusammenzuarbeiten und auch immer wieder den Schulterschluss mit den Ärzten suchen und auch das sehr im Sinne der Patienten tatsächlich regeln.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Danke schön. –DKG.

DKG: Vielen Dank. Vielen Dank auch von unserer Seite erst einmal an alle Stellungnehmenden für Ihre Ausführungen und für die interessanten Hinweise. Jetzt hat der GKV-SV genau meine Frage gerade gestellt, die wir stellen wollten. Insofern haben wir noch eine Frage an die BPtK, an Herrn Harfst, und zwar geht es um das Thema Erreichbarkeit und Bezugspersonen. So ein bisschen wurde es ja immer schon angesprochen. Wir hatten in den Diskussionen darum auch so ein bisschen überlegt: Was könnte denn ein geeignetes Surrogat für diese Erreichbarkeit sein? Kann man das überhaupt gut operationalisieren? Wir haben uns dann erst einmal für die Vorgabe zum Versorgungsauftrag entschieden, also dass man dann statt dem vollen Versorgungsauftrag den halben Versorgungsauftrag vorsieht.

Jetzt würden wir von Ihnen gern noch einmal wissen: Sie hatten so einen Kombivorschlag eingebracht, die Erreichbarkeit und den Versorgungsauftrag zu kombinieren, hatten aber die Erreichbarkeit offengelassen. Was verstehen Sie denn unter der „Erreichbarkeit von der Bezugsperson“? – Danke.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Herr Harfst, jetzt noch einmal bitte nachlegen zur Erreichbarkeit.

Herr Harfst (BPtK): Vielen Dank noch einmal für die Frage. Also bei der Erreichbarkeit geht es tatsächlich darum, dass losgelöst vom Umfang des Versorgungsauftrags eine kurzfristige Erreichbarkeit für die Bezugspsychotherapeuten oder für die Bezugsärzte immer gewährleistet ist. Da ist jetzt in dem Regelungsentwurf auf die telefonische Erreichbarkeit abgestellt worden. Das ist ein möglicher Ansatz, den man da wählen kann, dass es da über mindestens vier Werktage – wenn ich mich richtig entsinne, haben wir damals schon, bei der ersten Anhörung, so eine Diskussion um diese Ausweichmöglichkeit gehabt – dass man auch so einen Weg gehen kann.

Zentral ist ja letztendlich, dass immer gewährleistet ist, dass im Regelfall an den Werktagen wenigstens der Bezugspsychotherapeut erreichbar ist. Und die Vorgabe fünf von fünf ist wahrscheinlich dann nicht zielführend, aber dass man sozusagen an vier von fünf Tagen das eigentlich gewährleistet, das erscheint uns an der Stelle schon zielführend.

Und man muss, glaube ich, die Entwicklung im Blick haben. Telefonische Erreichbarkeit ist das, was man immer im Kopf hat im Sinne von vorgeschriebenen Zeiten, wann das der Fall ist. Aber viel häufiger ist ja eigentlich interessant, dass gesichert ist, dass dann kurzfristig eine Rücksprache erfolgt. Und dann geht es nicht so sehr um die konkrete halbe Stunde an dem Tag, wo die telefonische Erreichbarkeit offiziell da steht, sondern dass eigentlich auf den Hinweis hier ist ein dringender Besprechungsbedarf – dass darauf reagiert wird am selben Tag dann noch – oder spätestens am Folgetag – und da ein Termin ermöglicht wird. Darauf würden wir abzielen.

Und der Umfang des Versorgungsauftrages hilft eben an der Stelle ganz wenig weiter. Wir hatten so ein bisschen in unserer Stellungnahme noch einmal darauf hingewiesen, dass man das vielleicht noch einmal etwas gesondert betrachten muss bei denjenigen, die angestellt sind, wo wir dann in Bereiche kommen könnten, dass der Umfang der Tätigkeit in einer Einrichtung dann so niedrig ist, dass das eine Einschränkung bietet. Aber mit Blick auf die ganz überwiegende Mehrzahl der Psychotherapeuten, die über einen halben Versorgungsauftrag verfügen, ist es ja eben nicht so, dass sich das dann darüber auf 20 Stunden Berufstätigkeit

beschränkt, sondern ganz im Gegenteil: Es ist dann häufig eine umfangreichere Tätigkeit, wo auch gerade die Erreichbarkeit weiter gegeben ist. Also das sind dann ja auch viele Kollegen, die dann noch Privatversicherte mit behandeln, aber in dem Gesamtkontext in ihrer Praxis dann auch entsprechend erreichbar sind. Wie gesagt, unser Petition wäre da, auf die Anzahl der Tage vielleicht abzielen, wo kurzfristig sichergestellt ist, dass eine Rückmeldung und ein Kontaktgespräch per Zoom, also per Video oder per Telefon, was auch immer, kurzfristig ermöglicht wird, um Abstimmung herbeizuführen.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Ist Ihre Frage beantwortet? – die DKG nickt. Gibt es weitere Fragen hier aus dem Auditorium?

Herr Greve (DVGP): Dürfte ich das ergänzen, was Herr Harfst gesagt hat, bitte?

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Ja, Herr Greve.

Herr Greve (DVGP): Danke. – Also aus Sicht der Personengruppe, auf die die Richtlinie abzielt, hätte ich mir von einem Netzverbund etwas weitergehende Krisenverfügbarkeit gewünscht. Die Krisen von Menschen mit Psychosen, schweren Depressionen beschränken sich ja nicht auf 9 to 5 und Rückruf, das ist, glaube ich, nicht Standard. Und es gibt ja zwei Bundesländer mit flächendeckenden Krisendiensten, nämlich Bayern und Berlin, und da ist regelhaft eine telefonische Erreichbarkeit rund um die Uhr das absolute Minimum, idealerweise gepaart damit, dass sich auch jemand zum Ort des jeweiligen Geschehens begeben kann. Das wäre eigentlich Standard und das wäre dieser Personengruppe angemessen. Ansonsten, fürchte ich, wird dieser Netzverbund nicht so leistungsfähig, wie die Richtlinie es eigentlich erreichen möchte.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Danke schön. – die Patientenvertretung, wie schön.

PatV: Vielen Dank. Dass Sie jetzt auch noch „schön“ sagen, das ist besonders nett, Frau Dr. Grell.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Bei so einem spannenden Thema, aber das ist die letzte Frage.

PatV: Ja, ich würde gern noch einmal an diesen Punkt der Erreichbarkeit innerhalb von sieben Tagen anknüpfen, die Frage, die der GKV-SV gerade aufgeworfen hat, und richte sie jetzt mal weiter an Frau Dr. Wilms von ackpa und Frau Prof. von Haebler vom DDPP. Also die Frage, dass es möglichst schnell wäre aus Sicht der Patientinnen und Patienten, innerhalb von sieben Tagen einen Termin zu kriegen, ist das eine.

Die andere Frage ist die: Wie viele Hürden bildet es für die Bildung von Netzverbänden? Also wenn die Anforderungen an Netzverbände hoch sind, dann, das haben wir gesehen, bilden sich nicht viele Netzverbände. Und dazwischen den Weg zu finden war eine der Überlegungen, die uns beschäftigt hat, weswegen es ja auch den Vorschlag gibt, diese Frist auf zwei Wochen zu verlängern. Unserer Einschätzung nach wäre das schon ein riesiger Fortschritt gegenüber der Wirklichkeit. Insofern hätte ich da noch einmal die Frage an Frau Dr. Wilms und Frau von Haebler, wie Sie das einschätzen, ob diese Frist von sieben Tagen oder zwei Wochen so einen großen relevanten Unterschied ausmacht, dass man sagt: „Nein, die Sieben-Tage-Frist ist wirklich außerordentlich wichtig, dass die beibehalten wird“, vielen Dank.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Frau Wilms.

Frau Dr. Wilms (ackpa): Ja, danke, Patientenvertretung, dass Sie das noch einmal so erfragt haben. Ich hoffe, dass ich jetzt niemandem zu nahe trete, aber das ist einer der Gründe, warum ich der festen Überzeugung bin, dass wir eine gute Kooperation leider auch mit den Krankenhäusern brauchen: weil in aller Regel sind wir 24/7 am Netz. Und wenn der Netzverbund mit dem Krankenhaus gut zusammenarbeitet, so stelle ich mir das jedenfalls vor,

dann würde ich mir sogar, ehrlich gesagt, für diese Patientengruppe wünschen, dass aus dem Krankenhaus, beispielsweise im Rahmen des Entlassmanagements, ein Vorstellungstermin entsteht, der vielleicht noch zeitnahe als der mit den sieben Tagen ist. Und ich sage jetzt ganz ehrlich: Man macht seine Ziele nicht dadurch besser, dass man sie kleiner macht. Ich denke, das Ziel sollte bei dieser Patientengruppe eigentlich sein, dass der Mensch, der bisher keine ambulante gut funktionierende Nachversorgung bekommt, sie aber braucht und wirklich komplex erkrankt ist, vielleicht sogar seinen Bezugstherapeuten auf der Station kennenlernt. Also ich glaube auch, dass das geht, wenn man miteinander gut arbeitet. Wir kennen alle Netzwerke, in denen es gut funktioniert, aber ich denke nach wie vor, dass das das Ziel sein sollte. Und mir wäre wichtig, dass wir hinter diesem Ziel nicht zurückgehen.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Prof. von Haebler, möchten Sie ergänzen?

Frau Prof. von Haebler (DDPP): Ja, gern. Also ich halte Bedingungen für die Netzwerkbildung nach wie vor für kontraproduktiv. Ich glaube, es ist wichtiger, dass wir flächendeckend da sind, als dass wir die Bedingungen der zwei Wochen oder eine Woche hier als Engstellung formulieren.

Auf der anderen Seite gehe ich absolut mit, dass wir in Dingen wie Entlassmanagement und auch sonstigen erstmaligen in solche Netzwerkverbünde reinkommende Patienten die Vermittlung leisten müssen. Das heißt, aus der Klinik raus zu den Ärzten, zu den Psychotherapeuten, in die Kliniken rein, den Kontakt halten. Das ist, glaube ich, etwas, was mit weniger als sieben Tagen auf jeden Fall möglich sein muss. Aber in so einen Netzverbund rein für eine Behandlung, die angemessen ist, das kann auch innerhalb von zwei Wochen mit einer Vorstellung erfolgen. Ich hoffe, dass der Unterschied klar wird. Es geht nicht, dass zwischen dem stationären und ambulanten Behandlungssetting die Patienten verloren gehen zum Beispiel.

Frau Dr. Grell (Vorsitzende): Vielen Dank. – Die Patientenvertretung hatte ihre Frage klar adressiert. Ich denke, wir haben eine intensive Anhörung hinter uns, wir würden sie hiermit beenden. Vielen Dank noch einmal, dass Sie sich die Zeit genommen haben, dass Sie da waren! Und ich wünsche Ihnen noch einen schönen Tag! Auf Wiedersehen!

Schluss der Anhörung: 12:53 Uhr

Stellungnahmen zur Änderung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Übersicht Stellungnehmer

Lfd. Nr.	Organisation	Abkürzung
01	Bundespsychotherapeutenkammer	BPtK
02	Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit	BfDI
03	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.	DGGPP
04	Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Tageskliniken in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	DATPPP
05	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V.	DFPP
06	Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V.	BVDN
07	Berufsverband Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie e.V.	BVDP
08	Deutscher Verband Ergotherapie e.V.	DVE
09	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.	DGPPN
10	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.	bvvp
11	Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.	DVGP
12	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e. V.	BAG-GPV
13	Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V.	BAPP
14	Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V.	BFLK
15	Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie e.V.	BPM
16	Arbeitskreis der ChefärztInnen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland	ackpa

17	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.	DVSG
18	Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.	DNVF
19	PIBB GmbH – Psychiatrie Initiative Berlin-Brandenburg	PIBB
20	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie – Berufsverband Psychosoziale Berufe (DGVT-BV) e.V.	DGVT-BV
21	Dachverband Deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie e.V.	DDPP
22	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. - DGSP	DGSP
23	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen	BDP
24	Aktion Psychisch Kranke e.V.	APK
25	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V.	DGPM
26	Diakonie Deutschland - Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.	Diakonie Dtl.
27	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.	DHS
28	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie	DGPT
29	Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (DMtG)	DMtG
30	BAG Psychiatrie und Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)	BAG Psychiatrie und VKD
31	Deutscher Caritasverband e.V. (DCV e.V.) und Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP e.V.)	DCV und CBP
32	Deutsche PsychotherapeutenVereinigung	DPTV
33	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.	bpa

Grau hinterlegt: Gesetzlich vorgegebene Stellungnehmer

Gemeinsam abgegebene Stellungnahmen sind zusammen aufgeführt.

Zitate aus den RL-Entwürfen sind *kursiv* gestellt; Änderungs- und Ergänzungsvorschläge ***kursiv und fett*** gedruckt. Kursive Schreibweise der Stellungnehmer in Bergündungen wurde beibehalten.

Allgemeine Anmerkungen

Lfd. Nr.	Institution	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
01	BPtK	Die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt, dass der G-BA vor Ablauf des fünfjährigen Evaluationszeitraums die Ergebnisse des Zwischenberichts vom 30. Januar 2024 zum Anlass genommen hat, um frühzeitig Korrekturen bei der Regelung der KSVPsych-Richtlinie vorzunehmen und dadurch zeitnah den Aufbau neuer Netzverbünde zu befördern. Initial waren es insbesondere vorbestehende Netzstrukturen in Form von Praxisnetzen, Vernetzungen im Rahmen der integrierten Versorgung oder von Innovationsfondsprojekten, die eine Anerkennung als Netzverbund beantragt und erhalten haben. Für eine raschere, umfassendere und flächendeckendere Entwicklung des neuen intensiv- ambulanten Versorgungsangebots für schwer psychisch erkrankte Patient*innen ist der Abbau von strukturellen, organisatorischen und therapeutischen Hürden und Defiziten dringend geboten. Zielführend ist dabei, die Erkenntnisse aus der Entwicklung der K-J-KSVPsych- Richtlinie auch für die Weiterentwicklung der Richtlinie für die ambulante Komplexbehandlung von schwer psychisch erkrankten Erwachsenen heranzuziehen und soweit möglich zu übertragen.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
04	DATPPP	Aus Sicht der psychiatrischen psychosomatischen Tageskliniken und unseres Verbandes DATPPP ist diese Weiterentwicklung sehr zu begrüßen und sofern unter den zugelassenen Krankenhäuser auch die zugelassenen Tageskliniken verstanden werden, was ich als sehr verständlich voraussetze, ist aus unserer Sicht kein Nachbesserungsbedarf vorhanden...	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Ob eine Tagesklinik ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus ist, ist dem individuellen Zulassungsbescheid der jeweiligen Einrichtung zu entnehmen.

Lfd. Nr.	Institution	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
05	DFPP	Die Deutsche Fachgesellschaft für psychiatrische Pflege (DFPP) begrüßt die Einführung der KSVPsych-Richtlinie als wichtigen Schritt zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit einem komplexen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Die Zielsetzung der Richtlinie, sektorenübergreifende, koordinierte und bedarfsorientierte Leistungen zu bündeln, ist aus unserer Sicht grundsätzlich zu unterstützen. Gleichzeitig möchten wir auf zentrale Aspekte hinweisen, in denen aus pflegefachlicher Perspektive erheblicher Nachbesserungsbedarf besteht. Aus unserer Sicht bleiben insbesondere die Potenziale der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (pHKP) innerhalb des Netzwerkes in der derzeitigen Ausgestaltung der KSVPsych-Richtlinie weitgehend ungenutzt. Sowohl in der internationalen Evidenz als auch in den Leitlinien der DGPPN wird die pHKP als das Instrument gesehen, welches in der Krankheitsbewältigung bei schweren psychischen Erkrankungen, den persönlichen Recovery-Prozess und das Empowerment sehr wirksam unterstützen kann. In der momentanen Umsetzung der Richtlinie wird diese wichtige Ressource kaum oder nur unzureichend genutzt, um nachhaltige Verbesserungen für die Betroffenen in ihrem persönlichen Recovery Prozess herbeizuführen (vgl. dazu die Stepped-Care-Modell in Hamburg und Bremen im Rahmen von Modellprojekten bzw. der „Besonderen Versorgung“). In der praktischen Erfahrungen zeigt sich zurzeit in vielen Netzverbünden, dass die fachärztliche Versorgung sich nicht inhaltlich verändert und die Fachärzte nach wie vor die komplexen Behandlungsfälle größtenteils allein versorgen, da komplementäre Dienste in der KSVpsych nur marginal vorkommen. Nach unserer Auffassung sollte der psychiatrischen Pflege (pHKP) im Rahmen der KSVPsych Netzwerk eine tragende Rolle zukommen, so wie dies in den Netzwerken der besonderen Versorgung bereits der Fall ist. Derzeit ist pHKP nur in der Regelversorgung umsetzbar. Dies bedeutet lediglich eine Versorgungsdauer von vier Monaten, während die Einschreibung der betroffenen Personen in das Versorgungsprogramm zurzeit über drei Jahre erfolgt. Diese zeitliche Diskrepanz steht im Widerspruch zu den	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV/KBV: Die Regelungen der KSVPsych-RL zielen auf eine bessere Vernetzung der bestehenden Versorgungsangebote; Vorgaben bspw. für die Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege werden in der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie getroffen. Eine Versorgung nach der KSVPsych-RL ist möglich, so lange die Voraussetzungen nach § 2 gegeben sind, ein fester Zeitraum, wie von der Stellungnehmerin angeführt, ist in der Richtlinie nicht vorgesehen, sondern patientenindividuell zu prüfen. Eine Verordnung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist auch über den

Lfd. Nr.	Institution	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
		evidenzbasierten Erkenntnissen und praxisgestützten Erfahrungen, die zeigen, dass psychiatrische Pflege im Sinne einer recovery-orientierten und lebensweltbezogenen Begleitung und Befähigung auf Kontinuität, Beziehungsarbeit und Langfristigkeit angewiesen ist. Die derzeitige Regelung verhindert, dass die psychiatrische Pflege ihre Wirkungspotenziale in der komplexen Versorgung voll entfalten kann. Die DFPP empfiehlt daher eine Ausweitung der verfügbaren Leistungskontingente analog zur Soziotherapie Richtlinie. Ein auf komplexe Erkrankungen orientiertes Stundenmodell – beispielsweise 4 x 40 Stunden – das über die gesamte Versorgungsdauer von bis zu drei Jahren flexibel eingesetzt werden kann, würde eine bedarfsorientierte und personenzentrierte Pflegeintervention ermöglichen und so zu einer nachhaltig wirksamen Versorgung beitragen. In den bestehenden KSVpsych Netzwerken konnte festgestellt werden, dass die koordinierende Funktion (§ 5 KSVpsych) durch die Fachärzte derzeit vorrangig in der praktischen Umsetzung in den eigenen Praxen delegiert wird, d.h. an die Medizinischen Fachangestellten (MFAs), die allerdings, die damit in Zusammenhang stehenden Aufgaben (§ 10 KSVpsych) nicht erfüllen. Zumeist ist die koordinierende Person dem Nutzer weder bekannt und noch vertraut, was eine Grundvoraussetzung für die Delegation ist (§ 5 KSVpsych). Im Gegensatz dazu verfügt die pHKP über umfangreiche Kompetenzen in der systemischen Koordination, der sektorenübergreifenden Vernetzung, der Angehörigenarbeit, der Krisenintervention sowie in der Planung und Begleitung langfristiger Unterstützungsprozesse. Die enge Anbindung an die Lebenswelt der Betroffenen sowie der kontinuierliche Austausch mit allen an der Versorgung Beteiligten prädestinieren psychiatrisch Pflegenden dafür, die Koordinierungsrolle in multiprofessionellen Teams verantwortungsvoll zu übernehmen. Die DFPP spricht sich daher dafür aus, die Richtlinie so zu gestalten, dass die koordinierende Funktion – analog zu Modellen des Case Managements – auch durch entsprechend	Zeitraum von vier Monaten hinaus möglich; ist eine solche Verlängerung erforderlich bedarf es einer Begründung durch die oder den verordnenden Leistungserbringenden (vgl. Anlage zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 SGB V). PatV/DKG: Die psychiatrische häusliche Krankenpflege stellt einen wichtigen Bestandteil der Versorgung gemäß der KSVPsych-RL dar. Netzverbünde sollen weiterhin nur dann zustande kommen, wenn mindestens ein Leistungserbringer aus den Bereichen Ergotherapie, Soziotherapie oder psychiatrischer häuslicher Krankenpflege beteiligt ist.

Lfd. Nr.	Institution	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
		qualifizierte psychiatrische Pflegefachpersonen (oder durch Sozio- oder Ergotherapeuten) übernommen werden sollte. Die Abrechnung dieser Leistungskomplexe in der Koordinierungsaufgabe sollte durch die Leistungserbringer direkt erfolgen und nicht indirekt durch die Abrechnung der Fachärzte. Beide Maßnahmen würden nicht nur zu einer nachhaltigen Qualitätsverbesserung der Versorgung beitragen, sondern auch der Komplexität der Lebenslagen von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen angemessen Rechnung tragen. Wir stehen für weiterführende Gespräche und fachliche Beratung jederzeit gerne zur Verfügung.	Gemäß der HKP-RL kann psychiatrische häusliche Krankenpflege auch über einen längeren Zeitraum von vier Monaten verordnet werden, allerdings ist hierfür ein höherer Begründungsaufwand erforderlich. Eine Einschreibezeit in die Versorgung nach der KSVPsych-RL ist bislang nicht vorgesehen und soll auch weiterhin nicht vorgesehen werden. Die koordinierende Aufgabe kann gemäß § 5 Abs. 2 Nr. 3 auch von Pflegekräften der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege übernommen werden. Die Regelung von Abrechnungsfragen fällt nicht in die Zuständigkeit des G-BA. GKV-SV/KBV/DKG: Aus Versorgungssicht ist es wichtig, keine neuen und entbehrlichen

Lfd. Nr.	Institu- tion	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
			Schnittstellen zwischen den Professionen zu schaffen, sondern vielmehr integrierte Versorgungsmöglichkeiten zu fördern. Der Einbezug der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Soziotherapie, der Ergotherapie und der ambulanten psychiatrischen Pflege wird daher als wesentlich für die Komplexversorgung erachtet. Auch im Hinblick auf die aktuellen Entwicklungen in den Berufen und den damit verbunden politischen Bestrebungen, mehr Verantwortung in die Hände dieser Professionen zu geben, ist die Wichtigkeit des Einbezugs zu betonen. Der Zusammenarbeit mit den genannten Berufsgruppen kommt eine besondere Bedeutung zu. Die bestehenden Regelungen ermöglichen bereits die Übernahme der

Lfd. Nr.	Institution	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
			Koordinationsfunktion u.a. durch Pflegefachpersonen, Soziotherapeutinnen und -therapeuten sowie Ergotherapeutinnen und -therapeuten. Die Entscheidung darüber, wer als koordinierende Person tätig wird, ist nicht zuletzt von regionalen Gegebenheiten und Patientenpräferenzen abhängig.
06	BVDN	Wir begrüßen außerordenetlich die Überarbeitung dieser Richtlinie für eine schwellenarme Einführung komplexer multiprofessioneller Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Es sollte gelingen, Umsetzungshürden zu beseitigen und klug koordinierte sowie patientenzentrierte Multiprofessionalität in der medizinischen Versorgung dieser Patienten leicht erreichbar zu machen.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
07	BVDP	Der Berufsverband Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie BVDP begrüßt ausdrücklich die Überarbeitung dieser Richtlinie, die eine niedrighschwelligere Einführung komplexer multiprofessioneller Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zum Ziel hat. Es ist dringend notwendig, die bisher identifizierten Umsetzungshürden zu beseitigen und klug koordinierte sowie patientenzentrierte Multiprofessionalität in der medizinischen Versorgung dieser Patienten leichter erreichbar zu machen.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Lfd. Nr.	Institution	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
08	DVE	- Gesamtbehandlungsplan: Der Gesamtbehandlungsplan ist wesentlicher Bestandteil und Steuerungsinstrument in der KSVPsych-RL. Die Beteiligung der Leistungserbringer (§3 Satz 3, 2-4) daran bleibt vage. Diese fehlende Verbindlichkeit stellt einen erheblichen Mangel der Richtlinie dar. Nicht nur bleiben so wesentliche Inhalte unberücksichtigt, auch die Koordination ist nicht sichergestellt. - Fallkonferenzen: Hier gilt das gleiche wie für den Gesamtbehandlungsplan und mit noch größerer Dringlichkeit. Die rein optionale Beteiligung der Leistungserbringer (§3 Satz 3, 2-4) widerspricht dem Gedanken eines strukturierten, koordinierten und zielorientierten Vorgehens. Hier ist dringend eine Konkretisierung notwendig. - Finanzierung des im Zusammenhang der KSVPsych-RL entstehenden Leistungen außerhalb der direkten Intervention (z. B. die Teilnahme an Fallkonferenzen, Dokumentation) für Leistungserbringer (§3 Satz 3, 2-4) erfolgt in der praktischen Umsetzung nicht oder nur teilweise. Ohne eine entsprechende Vereinbarung verstärkt sich die Problematik (s. a. §3 Abs 11).	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. An der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans sind weiterhin alle an der Versorgung nach der KSVPsych-RL beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie - bei Bedarf - weitere relevante Bezugspersonen einzubeziehen, dies schließt auch die Leistungserbringer nach § 3 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 4 ein. Eine Änderung dieser Regelung ist nicht vorgesehen. Die Richtlinie sieht vor, dass patientenorientierte Fallbesprechungen insbesondere unter Einbeziehung der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten

Lfd. Nr.	Institution	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
			Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 3 Absatz 1 in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden sollen, dies schließt auch die Leistungserbringer nach § 3 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 4 ein. Mit dem Verweis auf § 3 Absatz 1 sind alle relevanten Personen einbezogen. Die Finanzierung von Leistungen fällt nicht in die Zuständigkeit des G-BA.
10	bvvp	Die Befragung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der beratenden Fachausschüsse im Jahr 2023, an denen neben den zuständigen KV-Mitarbeiter*innen auch zahlreiche berufspolitisch aktive Psychotherapeut*innen teilgenommen haben, die sich mit der Richtlinie eingehend beschäftigt haben und gleichzeitig die Versorgung vor Ort bestens kennen, hat wertvolle und für eine erste Evaluation hilfreiche Ergebnisse erbracht, auf die sich im Folgenden immer wieder bezogen wird. Angemerkt sei - wohlwissend, dass dies nicht die Zuständigkeit des G-BA ist - dass ohne eine Anpassung der Vergütung, die es auch den psychotherapeutischen Praxen mit geringer Fallzahl ermöglicht, den hohen Aufwand der Versorgung nach der Richtlinie wirtschaftlich zu	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV: Die Finanzierung von Leistungen fällt nicht in die Zuständigkeit des G-BA.

Lfd. Nr.	Institution	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
		erbringen, die flächendeckende Einführung trotz struktureller Verbesserungen weiterhin schwierig sein wird. Dies zeigte sich auch in der Evaluation: „Zur finanziellen Attraktivität der Teilnahme an der Versorgung nach der KSVPsych-RL gaben die Befragten an, dass sowohl insgesamt (rund 85% oft oder immer) als auch in Bezug auf die fehlende Möglichkeit eine Bezugsfunktion übernehmen zu können (rund 65 % oft oder immer), die Teilnahme an der Versorgung in einem Netzverbund als finanziell nicht attraktiv eingeschätzt wird.	
11	DVGP	Gemäß Beschluss des Innovationsausschusses vom 11.04.2025 könnte eine weitere Revision der Richtlinie erforderlich werden. Da der Dachverband Gemeindepsychiatrie das GBV-Projekt erfolgreich geleitet hat, stehen wir ggf. mit Informationen zur Durchführung des Projekts zur Verfügung. Die nachfolgenden Stellungnahmen beziehen sich darauf aber nicht, sondern ausschließlich auf die angefragten Änderungen der Richtlinie. Die Einbeziehung von Leistungserbringern außerhalb des SGB V sowie außerhalb der Teilnehmenden des Netzverbundes erscheint uns weiterhin ungenügend verbindlich, ebenso die Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrecht des/der Patient:in. Wir verweisen dazu auf unsere Stellungnahme zur Erstfassung dieser Richtlinie.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung wird gemäß des Beschlusses des Innovationsausschusses prüfen, ob sich auf Basis der Erkenntnisse aus dem Projekt GBV ein weiterer Anpassungsbedarf an der KSVPsych-RL ergibt. Mit dem Ziel einer stärkeren Verzahnung mit Leistungsbereichen außerhalb

Lfd. Nr.	Institution	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
			des SGB V werden u.a. folgende Anpassungen vorgenommen: In § 6 Absatz 1 Nr. 10 wird die Vorgabe getroffen, dass zu den patientenorientierten Fallbesprechungen der Versorgung nach der KSVPsych-RL Akteure aus Leistungsbereichen außerhalb des SGB V eingeladen werden, wenn entsprechende Leistungen in Anspruch genommen werden. Mit der neu aufgenommenen Regelung nach § 8 Absatz 3 Satz 5 wird es den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern des SGB V ermöglicht, an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen teilzunehmen.
12	BAG-GPV	Die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e. V. (BAG GPV) unterstützt seit 2006 die Bildung und Zusammenarbeit regionaler Gemeindepsychiatrischer Verbünde. Vernetzung, Koordination verschiedener Leistungen und bereichsübergreifende, einzelfallbezogene Kooperation sind dabei ganz wesentlich Elemente einer derartigen	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Lfd. Nr.	Institution	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
		Verbundstruktur. Hierfür ist ein eng auszulegender regionaler Bezug, im Sinne einer zeitgemäßen Sozial- und Gemeindepsychiatrie, unerlässlich. Von daher wurde die Einführung der KSVPsych-RL von uns sehr begrüßt, ebenso die aktuelle Notwendigkeit einer Änderung der Richtlinie. Aus unserer Sicht wird es auch zukünftig verstärkt notwendig sein, bestehende Verbundstrukturen optimal zu vernetzen und aufeinander abzustimmen. Unter Berücksichtigung der offensichtlichen Umsetzungsprobleme sehen wir in der Überarbeitung der Anforderungen der Richtlinie einen Schritt in die richtige Richtung. Wir hoffen, dass durch die Neuformulierung ein Impuls gesetzt werden wird, in mehreren Regionen eine strukturierte und koordinierte Versorgung – vor allem auch unter Einbezug bestehender Gemeindepsychiatrischer Verbünde – umzusetzen. Es geht dabei insbesondere darum, Leistungen möglichst flexibel und individuell passgenau zu ermöglichen und personenzentriert sowie lebensfeldorientiert zu organisieren. Durch die Einbindung in bestehende Gemeindepsychiatrischen Verbünde, wird insbesondere die leistungsbereichsübergreifende Kooperation und Koordination der unterschiedlichen Leistungsbereiche realistischer. In der BAG GPV sind derzeit 36 Mitgliedsverbünde organisiert. Deren Zusammenarbeit basiert auf den Qualitätsstandards der BAG GPV (www.bag-gpv.de), die eine gemeinsame regionale Verantwortung für die Umsetzung der leistungsbereichsübergreifenden Versorgungsverpflichtung postulieren.	KBV: Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Begründung: Die Vernetzung mit den Hilfen anderer SGBs in der Richtlinie angelegt und eine Konkretisierung in die Anpassung aufgenommen. GKV-SV/KBV/PatV/DKG: Der Vorschlag, bestehende Verbundstrukturen zu vernetzen und aufeinander abzustimmen, wird fachlich geteilt, die konkrete Ausgestaltung muss durch die Netzverbünde vor Ort erfolgen. Um dies zu ermöglichen, sind verschiedene Regelungen vorgesehen, die die Bildung von Netzverbünden erleichtern sollen.
13	BAPP	Die Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (BAPP e.V.) begrüßt die Einführung der KSVPsych-Richtlinie als einen bedeutsamen Schritt zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit komplexem psychiatrischem und psychotherapeutischem Behandlungsbedarf.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 05, letzter Absatz

Lfd. Nr.	Institution	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
		Das grundlegende Ziel der Richtlinie – nämlich sektorenübergreifende, koordinierte und bedarfsgerechte Leistungen zu bündeln – wird von uns ausdrücklich unterstützt. Gleichzeitig möchten wir als Fachgesellschaft auf zentrale Punkte aufmerksam machen, bei denen aus pflegfachlicher Sicht erheblicher Nachbesserungsbedarf besteht. Besonders die Potenziale der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (pHKP) werden in der aktuellen Ausgestaltung der KSVPsych-Richtlinie aus unserer Sicht weitgehend nicht ausgeschöpft. Sowohl internationale Studien als auch die Leitlinien der DGPPN weisen die pHKP als besonders wirksam in der Krankheitsbewältigung, beim individuellen Recovery-Prozess sowie in der Förderung von Empowerment aus. In der bisherigen praktischen Umsetzung der Richtlinie hingegen wird dieses zentrale Instrument kaum berücksichtigt. Modellprojekte wie das Stepped-Care-Modell in Hamburg und Bremen im Rahmen der „Besonderen Versorgung“ zeigen jedoch, wie pHKP erfolgreich integriert werden kann. In vielen bestehenden Netzverbünden zeigt sich derzeit, dass die fachärztliche Versorgung unverändert bleibt und komplexe Fälle weiterhin überwiegend durch Fachärzt*innen allein betreut werden, da komplementäre Dienste im Rahmen der KSVPsych-Richtlinie bislang nur in geringem Maße eingebunden sind. Aus unserer Sicht sollte psychiatrischer Pflege im Netzwerk der KSVPsych-Versorgung eine tragende Rolle zukommen – wie es in den Netzwerken der „Besonderen Versorgung“ bereits der Fall ist. Aktuell ist die pHKP ausschließlich im Rahmen der Regelversorgung nutzbar. Dies erlaubt eine Versorgungsdauer von maximal vier Monaten, während die Teilnahme der betroffenen Personen am KSVPsych-Programm auf bis zu drei Jahre angelegt ist. Diese zeitliche Diskrepanz widerspricht sowohl wissenschaftlichen Erkenntnissen als auch praktischen Erfahrungen. Recovery-orientierte, lebensweltnahe psychiatrische Pflege erfordert Kontinuität, langfristige Beziehungen und eine stabile Begleitung. Die derzeitigen Vorgaben verhindern, dass die psychiatrische Pflege ihr volles Wirkungspotenzial entfalten kann.	KBV/PatV: Die psychiatrische häusliche Krankenpflege stellt einen wichtigen Teil in der Versorgung nach der KSVPsych-RL dar. Netzverbünde sollen weiterhin nur zustande kommen, wenn mindestens ein Leistungserbringer aus den Bereichen Ergotherapie, Soziotherapie oder psychiatrischer häuslicher Krankenpflege beteiligt ist. Nach der HKP-RL kann psychiatrische häusliche Krankenpflege auch länger als vier Monate verordnet werden, allerdings ist hierfür ein höherer Begründungsaufwand erforderlich. Eine Einschreibzeit in die Versorgung nach der KSVPsych-RL („bis zu drei Jahren“) ist bislang nicht vorgesehen und soll auch weiterhin nicht eingeführt werden.

Lfd. Nr.	Institution	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
		Die BAPP empfiehlt daher dringend, die verfügbaren Leistungskontingente im Sinne eines an komplexen Erkrankungen ausgerichteten Stundenmodells zu erweitern – beispielsweise 4 x 40 Stunden, flexibel über die gesamte Versorgungsdauer von bis zu drei Jahren einsetzbar. Dies würde eine bedarfsorientierte, personenzentrierte Pflege ermöglichen und nachhaltig zur Verbesserung der Versorgung beitragen. Darüber hinaus konnte in der Praxis der bestehenden KSVPsych-Netzwerke festgestellt werden, dass die koordinierende Funktion gemäß § 5 KSVPsych oftmals von Fachärztinnen an medizinische Fachangestellte (MFAs) in den Praxen delegiert wird. Diese verfügen jedoch nicht über die notwendige Qualifikation zur Umsetzung der damit verbundenen Aufgaben (§ 10 KSVPsych). In vielen Fällen ist die koordinierende Person den Patientinnen nicht bekannt oder vertraut – eine grundlegende Voraussetzung für wirksame Delegation. Im Gegensatz dazu bringt die psychiatrische häusliche Krankenpflege umfassende Kompetenzen in der systemischen Koordination, sektorenübergreifenden Vernetzung, Angehörigenarbeit, Krisenintervention sowie in der Planung und Begleitung langfristiger Unterstützungsprozesse mit. Die enge Anbindung an die Lebenswelt der Betroffenen und der kontinuierliche Austausch mit allen am Versorgungsprozess Beteiligten machen psychiatrisch Pflegende besonders geeignet, diese koordinierende Funktion verantwortungsvoll im multiprofessionellen Team zu übernehmen. Die BAPP plädiert daher dafür, die Richtlinie dahingehend zu öffnen, dass auch entsprechend qualifizierte psychiatrische Pflegefachpersonen – analog zu bewährten Modellen des Case Managements – die Koordinierungsrolle übernehmen können. In Regionen, in denen dies nicht möglich ist, sollten alternativ auch Sozio- oder Ergotherapeut*innen mit entsprechender Qualifikation in diese Funktion eingebunden werden. Die Abrechnung der Koordinierungsleistung sollte direkt durch die jeweiligen Leistungserbringer erfolgen und nicht über die Facharztpraxis.	Die koordinierende Aufgabe kann gemäß § 5 Absatz 2 Nr. 3 auch durch Pflegekräfte der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege übernommen werden. Fragen der Abrechnung fallen nicht in die Regelungskompetenz des G-BA.

Lfd. Nr.	Institution	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
		Beide Maßnahmen – die Ausweitung der psychiatrischen Pflege sowie die Übertragung der Koordinationsaufgabe an qualifiziertes Fachpersonal – würden nicht nur die Versorgungsqualität nachhaltig verbessern, sondern auch der Komplexität der Lebensrealitäten von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen besser gerecht werden. Für vertiefende Gespräche und fachliche Beratungen stehen wir jederzeit gern zur Verfügung.	
15	BPM	Der Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie begrüßt ausdrücklich die Überarbeitung dieser Richtlinie, die eine niedrigschwelligere Einführung komplexer multiprofessioneller Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zum Ziel hat. Es ist dringend notwendig, die bisher identifizierten Umsetzungshürden zu beseitigen und klug koordinierte sowie patientenzentrierte Multiprofessionalität in der medizinischen Versorgung dieser PatientInnen leichter erreichbar zu machen.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
16	ackpa	Weiterhin ist zu begrüßen, dass sich der G-BA mit der Verbesserung der Behandlungssituation von Menschen befasst, die von schweren Verläufen psychischer Erkrankungen betroffen sind und sich in dem fragmentierten System psychosozialer Hilfen in unserem Gesundheitssystem schwer zurechtfinden. Mit den nun vorliegenden Änderungsvorschlägen sollen offensichtlich auch Implementierungshemmnisse der Versorgungsform beseitigt oder verringert werden. Für die Versorgung der betroffenen Patient:innen ist auch dies zu begrüßen. Weiterhin gilt es daher, kleinteilige Kontrolle von Teilschritten, überbordende Regularien und zusätzlichen administrativen Aufwand zu begrenzen und dennoch die erklärten Ziele einer verbesserten Kooperation und einer Verbesserung der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure nicht aus den Augen zu verlieren. Unsere Patient*innen und deren Bezugspersonen benötigen flexible personenzentrierte und in der Therapieprozessbegleitung fachkundige Expertise, die	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Lfd. Nr.	Institution	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
		in der Lage ist, sich kooperierend auf diskontinuierliche Verläufe angemessen einzustellen. Entsprechend dieser Haltung nimmt ackpa zu den konkreten Änderungen wie folgt Stellung:	
17	DVSG	<i>Aus dem Anschreiben:</i> ...Die Richtlinie bietet Chancen zur multiprofessionell ausgerichteten Behandlung und Versorgung. Allerdings ist ein niedrigschwelliger Zugang (z. B. durch aufsuchende Beratung und Begleitung) als Baustein zu ergänzen. Diese Unterstützung sieht das SGB V bislang im ambulanten Kontext nicht vor. Entsprechende Möglichkeiten sind im Gesetz zu implementieren und für psychisch erkrankte Menschen direkt zugänglich zu machen. Allein die Erwähnung der Soziotherapie ist nicht ausreichend, zumal es bei der Soziotherapie unzureichende Rahmenbedingungen für die Inanspruchnahme gibt. Gerne möchte ich Sie auf die DVSG-Stellungnahme aus dem Jahr 2021 aufmerksam machen, die nach wie vor gilt und in der Sache aktuell ist: (https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Stellungnahmen/DVSG-Stellungnahme-GBA-2021-01.pdf). In der DVSG-Stellungnahme steht auf der ersten Seite: <i>Die Versorgung und psychosoziale Begleitung schwer psychisch erkrankter Menschen stellt aus unserer Sicht eine komplexe Aufgabe dar, die zwingend einer strukturierten und koordinierten Versorgung und Steuerung sowie eines berufsgruppenübergreifenden Ansatzes bedarf. Neben den medizinisch-psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsansätzen und den bereits zur Verfügung stehenden Heilmitteln sehen wir eine zwingende Notwendigkeit, die psychosoziale und sozialrechtliche Unterstützung unter Einbeziehung der Sozialen Arbeit fest in einer umfassenden strukturierten Versorgung zu verankern, um soziale Teilhabe für psychisch erkrankte Menschen zu ermöglichen.</i> <i>Vereinbarungen sind innerhalb des Netzverbundes erforderlich, um bestehende gut funktionierende Strukturen mit Bezugspersonenkontinuität im Bedarfsfall einzubinden,</i>	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV: Eine aufsuchende Behandlung ist in der ambulanten Versorgung bereits heute möglich, einer weiteren Aufnahme in die KSVPsych-RL bedarf es daher nicht. Beim social prescribing handelt es sich nicht um ein einziges Konzept, viel mehr handelt es sich um eine Vielzahl unterschiedlicher Modelle, die insbesondere je nach Kontext und Zielgruppe variieren. Eine zentrale Rolle nehmen dabei Link Worker bzw. Gesundheitslotsinnen und -lotsen ein. Die Implementierung einer koordinierenden Person in die Versorgung nach der

Lfd. Nr.	Institution	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
		<i>Doppelstrukturen zu vermeiden und eine größere Flexibilität und personenzentrierte Unterstützung anzubieten.</i> In dem Zusammenhang der Sicherstellung einer niedrigschwelligen psychosozialen Beratung und Unterstützung möchten wir Sie auf das Thema und die Möglichkeit zur Verordnung des social prescribing aufmerksam machen. Bitte prüfen Sie, ob es ggf. in dieser Richtlinie möglich ist, eine Verordnung von psychosozialen Leistungen wie Beratung, Krisenintervention oder weiteren präventiven und rehabilitativen Maßnahmen dort zu ergänzen. Begründung: Die sozial bedingte gesundheitliche Chancenungleichheit hat inzwischen zu fatalen Entwicklung in Deutschland geführt (z. B. kürzere Lebenserwartung Menschen in Armut, Exklusion von Menschen aus der medizinischen Versorgung). Es ist sinnvoll und erforderlich, psychosoziale Versorgung auch im Rahmen der hausärztlichen Versorgung zu stärken. Gerade, um präventive und rehabilitative Aspekte zu fördern, ist folgerichtig eine weitere Verordnungsmöglichkeit zu ergänzen. Damit kann konstruktiv auf die bekannten Lücken im System, z. B. wegen unterschiedlicher Finanzierungslogiken des Gesundheits- und Sozialwesens reagiert werden. Die Entlastung von hausärztlichen Praxen und die langen Wartezeiten für Therapien können z. B. durch die Integration anderer Berufsgruppen in die Arztpraxis oder durch aufsuchende Sozialberatung massiv gestärkt und ermöglicht werden (vgl. Evaluationsergebnisse für Soziale Arbeit in Arztpraxen unter: https://sozialegesundheits.de/). Als eine erfolgversprechende Möglichkeit, soziale und emotionale Bedürfnisse von Personen zu berücksichtigen und Heilungsprozesse zu unterstützen, wird das social prescribing gesehen und in anderen Ländern umgesetzt. Dabei werden medizinische Behandlungen durch soziale Kontakte und Aktivitäten ergänzt, indem aus der hausärztlichen Versorgung heraus Maßnahmen verschrieben werden, die das soziale Miteinander fördern. Social prescribing kann von Fachkräften der Sozialen Arbeit in der Primärversorgung beispielsweise umgesetzt werden, wenn sie einen verzögerten oder	KSVPsych-RL bildet die Brücke zwischen der reinen medizinischen Versorgung und der praktischen Anleitung und Unterstützung der Patientin bzw. des Patienten. Die Richtlinie unternimmt dabei den Versuch, die für die Patientin oder den Patienten erforderlichen Versorgungselemente besser aufeinander abzustimmen. KBV/DKG: Eine aufsuchende Versorgung ist mit der Vernetzung mit den Hilfen anderer SGBs in der Richtlinie angelegt und eine Konkretisierung in die Anpassung aufgenommen. Im Rahmen dieser Anpassung lag der Fokus auf Umsetzungs-hindernissen. PatV: Die Verordnung von Leistungen nach der KSVPsych-RL muss sich auf die

Lfd. Nr.	Institution	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
		ausbleibenden Heilungserfolg bei Patient*innen beobachten und einen Bedarf hinsichtlich nicht medizinischer Bedürfnisse feststellen. Bitte schöpfen Sie bei der Anpassung der Richtlinie Regelungen die Möglichkeit aus, ‚Mischfinanzierungen‘ oder erweiterte Konzepte von integrierten Gesundheitszentren, Primärversorgungszentren, sektorenübergreifenden Versorgungszentren zu berücksichtigen und zu implementieren. Gerade bei psychisch erkrankten oder auch bei chronisch kranken oder pflegebedürftigen Menschen bestehen oftmals psychosoziale Beratungs- und Unterstützungsbedarfe (z. B. im Zusammenhang mit Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe, der Erschließung von existenzsichernden Leistungen oder zur Förderung der Gesundheitskompetenz). Um eine besser auf die Bedürfnisse der Patient*innen ausgerichtete Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, bedarf es eines multiprofessionellen Teams im Gesundheitswesen. Finanzierungsmöglichkeiten und erweiterte Konzepte sind zu initiieren, wobei auch die Beratungs- und Navigationskompetenzen der Sozialen Arbeit einen wertvollen Beitrag leisten kann [vgl. das Konzept des Integrierten Gesundheitszentrums (z. B. https://www.igz-lichtenberg.de/Das-Integrierte-Gesundheitszentrum/) oder von Primärversorgungszentren (z. B. https://geko-berlin.de/).	bestehenden Leistungen des SGB V beschränken.
18	DNVF	Bei der KSVPsych-RL ist allgemein zu begrüßen, dass hier erstmals die Anreizstruktur im Sinne einer Förderung koordinierter Versorgung und geteilter Dokumentation angepasst wird, was ein sinnvoller Ansatz ist. Als zentrales Problem der RL sehen wir, dass sowohl vor der initialen Einführung als auch vor der hier vorliegenden Anpassung keine umfassende, systematische und unabhängige wissenschaftliche Untersuchung der Versorgungsdefizite und Herausforderungen erfolgte, welche die RL adressieren soll. So fällt zum Beispiel auf, dass die wissenschaftlich gut dokumentierten Probleme und Ansätze des initialen Zugangs („access to care“), der Frühintervention, der schweregradorientierten Ressourcenverteilung („stepped care“) oder auch der Erfordernisaufsuchender Behandlung in akuten Krisen und über diese hinaus (z.B.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die initiale Einführung der Richtlinie geht zurück auf den gesetzlichen Auftrag aus dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019, der ausführlichen

Lfd. Nr.	Institution	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
		im Rahmen von „crisis resolution teams“ oder „assertive community treatment“) durch die RL nicht adressiert werden (World Health Organization 2022; OECD/EU 2018; DPtV German Psychotherapists Association 2021; Council of Experts on the Assessment of Developments in the Health Care System 2018; Härter 2017; Heddaeus 2018; Hölzel 2018, DGPPN 2019; Lambert 2020, Pantle 2024). Es wurden auch, sowohl initial wie auch bei dieser Anpassung, keine überprüfbaren, quantifizierbaren Versorgungsziele definiert, so dass unklar bleibt, ob die initiale Richtlinie und die vorgeschlagenen Änderungen ihren Zweck erreicht haben bzw. erreichen werden. Wir möchten daher anregen ... 1. eine systematische, unabhängige wissenschaftliche Untersuchung der Versorgungsdefizite und Herausforderungen der Versorgung schwer psychisch kranker Versicherter mit komplexen psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlungsbedarfen zu veranlassen. 2. darauf basierend quantifizierbare Versorgungsziele zu definieren. 3. anhand dieser Versorgungsziele dann die RL zu evaluieren und ggf. anzupassen.	Gesetzesbegründungen sowie der im G-BA im Rahmen der Beratung durchgeführten Expertenanhörungen (vgl. Tragende Gründe und Abschlussbericht zum Beschluss vom 02.09.2021). Im Rahmen der Evaluation gemäß § 13 KSVPsych-RL hat sich der G-BA unter anderem anhand der Ergebnisse der ersten Zwischenevaluation zum Ziel gesetzt, erste offensichtliche Umsetzungshindernisse zu prüfen und die Richtlinie ggf. anzupassen. (Vgl. im Übrigen Tragende Gründe zu diesem Beschluss.) Eine weitere umfassendere Evaluation ist gemäß § 13 KSVPsych-RL vorgesehen. Es wird angestrebt, diese Evaluation durch eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung durchführen zu lassen.

Lfd. Nr.	Institution	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
19	PIBB	Wir freuen uns, dass einige unserer Kritikpunkte in der Diskussion zur Anpassung der KSVPsych-RL berücksichtigt wurden!	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
21	DDPP	<i>Aus dem Anschreiben:</i> ...Prinzipiell begrüßen wir die Änderungen, welche die Anforderungen an die Verbünde etwas reduzieren, ohne die Qualität der Versorgung zu gefährden, weiterhin erscheint das Konstrukt selbst eine Hürde. Explizit ist das Zulassen von Teilzeitstellen aus unserer Sicht notwendig, und wir würden gerne noch einmal daran erinnern, dass insbesondere Patient:innen aus dem schizophrenen Formenkreis erheblich von aufsuchender Behandlung und dem Einsatz von Genesungsbegleiter:innen profitieren, die leider in der Richtlinie keinerlei Erwähnung finden. <i>Allgemeine Anmerkungen:</i> Wir begrüßen die Richtung der Änderungen, die das Anbieten von Komplexleistungen niedrigschwelliger ermöglicht, da aus unserer Sicht eher mehr, als weniger Komplexleistungsangebote eingerichtet werden müssten. Die Hürden in der Umsetzung sind erheblich und viele davon nicht sinnvoll. Die Qualität des Angebots darf durch die Niedrigschwelligkeit nicht eingeschränkt sein. Wie in unserer ursprünglichen Stellungnahme sehen wir es als dringend notwendig an, auch Teilzeitstellen zuzulassen, was in den Änderungen ebenfalls enthalten ist. Wir würden für die Komplexleistungen im Hinblick auf schwer und komplex psychisch Kranke begrüßen, wenn die Notwendigkeit weitergehender Maßnahmen mit aufgenommen würde: Aufsuchende Teams, Öffnung Krankenhausfinanzierung, vor allem aber die Integration von Genesungsbegleitern.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV: Der Anregung der Stellungnehmer wird zum Teil gefolgt. Eine Teilnahme von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, die nicht über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen, war bereits nach der bisherigen Fassung der KSVPsych-RL möglich. Die personellen Anforderungen an die Bildung werde in Folge des Beratungsverfahrens reduziert, demnach muss mindestens eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag oder eine diesem Umfang

Lfd. Nr.	Institu- tion	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
			entsprechende Anstellungsgenehmigung verfügen. Darüber hinaus ist es zukünftig für die Übernahme der Bezugsfunktion nach § 4 nicht mehr erforderlich, dass die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt. Eine aufsuchende Behandlung ist in der ambulanten Versorgung bereits heute möglich, einer weiteren Aufnahme in die KSVPsych-RL bedarf es daher nicht. Die Einbindung von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern wird grundsätzlich unterstützt, jedoch besteht weiterhin die Schwierigkeit, dass es kein einheitliches Curriculum für Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter gibt und daher eine klare

Lfd. Nr.	Institution	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
			Aufgabenabgrenzung nicht bzw. nur bedingt erfolgen kann. KBV/DKG/PatV: Eine aufsuchende Versorgung ist mit der Vernetzung mit den Hilfen anderer SGB's in der Richtlinie angelegt und eine Konkretisierung in die Anpassung aufgenommen (§ 8 Absatz 3).
22	DGSP	Die DGSP begrüßt es, wenn durch erleichterte Zugänge zur Bildung von Netzwerken eine bessere Versorgung für schwer psychisch kranke Menschen erreicht werden und vor allem mehr Menschen Zugang zu diesen Leistungen haben. Auch wenn hier ausschließlich um SGB V-Leistungen geregelt werden, sollten die Netzwerke der Gemeindepsychiatrischen Verbünde stetig mitgedacht und im Sinne der Versicherten genutzt werden.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die Vernetzung mit anderen Leistungsbereichen außerhalb des SGB V ist in der Richtlinie im Rahmen der Regelungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses angelegt. Mit dem Ziel einer stärkeren Verzahnung der Bereiche werden u.a. zwei Vorgaben in § 6 Absatz 1 Nr. 10 (Einladung von

Lfd. Nr.	Institution	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
			Akteuren außerhalb des SGB V in die patientenorientierten Fallbesprechungen nach der KSVPsych-RL) und in § 8 Absatz 3 Satz 5 (Teilnahme der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V an SGB-übergreifenden Hilfeplankonferenzen) ergänzt.
23	BDP	<i>Aus dem Anschreiben:</i> Die Ergebnisse der G-BA-Evaluationsstudie (Januar 2024) zeigen, dass insgesamt noch keine flächendeckende Netzwerkversorgung gewährleistet ist. Bis Oktober 2023 bestanden bundesweit 13 Netzwerke. Diese sind mit durchschnittlich 38 Beteiligten größer als gefordert. Eine Befragung von Expert*innen ergab als zentrale Hürden bei der Netzwerkgründung: eine ausgeprägte Sorge vor Bürokratie, fehlende finanzielle Anreize, keine Möglichkeit einer Übernahme von Bezugstherapeut*innen bei hälftigem Kassensitz, keine Möglichkeit, eine schnelle Abfolge der Sprechstunde sowie der differentialdiagnostischen Abklärung zu realisieren, sowie fehlende Kooperationen mit stationären Einrichtungen oder Fachkräften der Ergo-/Soziotherapie und psychiatrischen häuslichen Krankenpflege. Bereits 2021 hatte die Fachsektion VPP zum Erstentwurf der Richtlinie Stellung bezogen und als zentrale Kritikpunkte die zu hohen zahlenmäßigen Vorgaben an die Netzwerkteilnehmenden und die fehlende Möglichkeit zur Übernahme von Bezugstherapeut*innen von Mitgliedern mit hälftigem Kassensitz benannt. Auch die Nichtberücksichtigung psychologisch-psychotherapeutischer Expertise bei der differentialdiagnostischen Abklärung wurde stark kritisiert. Die vorliegenden Anpassungen greifen diese Schwachstellen nun auf und bieten wichtige	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Lfd. Nr.	Institution	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
		Verbesserungsvorschläge, die von uns sehr begrüßt werden. Im Rahmen der Evaluationsstudie wurden fast ausschließlich Antworten von Expert*innen aus den beratenden Fachausschüssen oder von Mitarbeitenden von Kassenärztlichen Vereinigungen ausgewertet. Aus unserer Sicht sollten Kassenärztliche Vereinigungen regelmäßig ihre Mitglieder zu Netzwerkthemen informieren oder Best-Practice-Beispiele modellhaft vorstellen.	
24	APK	Die Änderung der Richtlinie wird unter Berücksichtigung der Umsetzungserfahrungen und -berichte von der Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK) ausdrücklich begrüßt. Die Überarbeitung der Anforderungen ist angesichts der offensichtlichen Umsetzungsprobleme sinnvoll und notwendig. Durch die Neuformulierung wird es in mehr Regionen möglich sein, die strukturierte und koordinierte Versorgung auch umzusetzen. Die neue Richtlinie sollte sich weiterhin auf eine bessere Vernetzung der bestehenden Behandlungsangebote ohne Einschränkung von deren Funktion konzentrieren. Grundsätzlich sei darauf hingewiesen, dass durch die in § 92 Absatz 6b SGB V getroffene Regelungen nicht die Etablierung von ambulanten Komplexleistungen im notwendigen Umfang und in notwendiger Reichweite erreicht werden kann. Schwer erkrankte Menschen benötigen in bestimmten Fällen flexible und individuell angepasste, weitgehend zugehende Komplexleistungen durch ein multiprofessionelles Behandlungsteam. Es geht dabei insbesondere darum, Leistungen möglichst flexibel und individuell passgenau zu ermöglichen und personenzentriert sowie lebensfeldorientiert zu organisieren. Die APK hat im Rahmen des Psychiatriedialoges hierzu Anforderungen formuliert. Diese Anforderungen kollidieren oft mit den leistungserbringerrechtlichen Regelungen an die ambulante Leistungserbringung, wie sie weiterhin in der KSVPsych-RL bestehen. Eine grundsätzliche Anmerkung betrifft auch die Einbindung der Netzverbünde in die Gemeindepsychiatrischen Verbünde. Insbesondere in Bezug auf die Kooperation und Koordination mit den Leistungsbereichen aus den weiteren Teilen des Sozialgesetzbuches (vor	GKV-SV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Siehe lfd. Nr. 12 und Würdigung zu § 3 Absatz 11 Satz 2 lfd. Nr. 24

Lfd. Nr.	Institution	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
		allem Teilhabe und Pflege) ist dies von hoher Relevanz. Solche Gemeindepsychiatrische Verbünde existieren bereits in einer Vielzahl von Regionen, werden vermehrt gegründet und in ca. 40 Regionen sehen sich diese auch den Qualitätsstandards der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e. V. (BAG GPV) verpflichtet (www.bag-gpv.de).	
25	DGPM	Die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie bedankt sich für die Möglichkeit zur Änderung der KSVPsych-RL Stellung nehmen zu dürfen. Es ist sehr zu begrüßen, dass die Ergebnisse des Zwischenberichts aus dem Vorjahr frühzeitig Eingang in die Überarbeitung und weitere Optimierung der Richtlinie nehmen. Die DGPM unterstützt das übergeordnete Ziel der Richtlinie, die ambulante als auch transsektorale Versorgung von psychisch Erkrankten mit komplexem und interdisziplinären Versorgungsbedarf besser zu strukturieren, zu koordinieren und zu vernetzen. Dabei ist uns insbesondere wichtig, dass eine umfassende Differentialdiagnostik, einschließlich behandlungsrelevanter somatischer Erkrankungen als auch eine Überwachung von somatischen und psychischen Wechselwirkungen bei Patient:innen mit komorbiden körperliche Grunderkrankung weiterhin kompetent sichergestellt wird.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
26	Diakonie Dtl.	An dieser Stelle wiederholen wir unsere allgemeinen Anmerkungen zur Erstfassung der Richtlinie, die nach wie vor aktuell sind. Auch verweisen wir auf unsere damaligen Änderungsvorschläge, die weiterhin Geltung haben. Die Diakonie Deutschland befürwortet die Absicht des Gesetzgebers, die Versorgung insbesondere von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durch Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung spürbar zu verbessern; vor allem durch leicht erreichbare und flexibel reagierende Versorgungsangebote, zeitnahe Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten, auch in der häuslichen Umgebung, sowie eine patientenorientierte Koordination. Kritisch sehen wir den Ansatz, dies allein aus der Perspektive des SGB V heraus umzusetzen. Gesundheitsbezogene Leistungen für diese	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann ausschließlich Regelungen für die Akteure des SGB V treffen; eine verbindliche Festlegung für Leistungserbringende außerhalb

Lfd. Nr.	Institution	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
		Zielgruppen sind kontextbezogen zu erbringen und daher oft nicht nur sektoren- sondern auch sozialleistungsträgerübergreifend zu planen und zu organisieren. Die Gesamtschau auf den individuellen Unterstützungsbedarf und alle möglicherweise zu erbringenden Leistungen steht am Anfang und erst in einem zweiten Schritt werden einzelne Leistungen in die Logik ihrer Handlungsfelder überführt und ausgestaltet. Sie müssen aber aufeinander bezogen werden und bleiben. Dies erfordert – wenn nur Regelungen im Bereich des SGB V zu treffen sind - dass zumindest die Anschlüsse und die Zusammenarbeit mit Leistungen anderer Sozialgesetzbücher im SGB V von Anfang an mitgedacht, verbindlich geregelt und finanziert werden. Darüber hinaus müssen Leistungen im Gesundheitsbereich, die insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, bedeutsam sind, auch faktisch sowie bedarfsgerecht für diese Gruppe zur Verfügung stehen. Dies ist in vielen Regionen in Deutschland nicht der Fall. Eine gemeinsame, regionale Versorgungsverantwortung aller psychiatrischen Leistungserbringer ist gesetzlich zu normieren. (Dies überschreitet die Reichweite einer Richtlinie und kann durch diese allenfalls konkretisiert werden). Um die Zugänglichkeit therapeutischer Angebote bzw. deren Erreichbarkeit gerade für Menschen mit schweren Krankheitsverläufen zu erhöhen, plädieren wir sehr dafür von der Möglichkeit Gebrauch zu machen, die in den Eckpunkten der Entscheidung ausgeführt wird: Es handelt sich bei den Leistungen nach § 92 Abs. 6b um eine spezifische Versorgungsform, die Leistungsinhalte aus anderen Richtlinien des G-BA so anpassen sollte, dass sie dem Ziel einer besseren Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gerecht werden können. Dies betrifft z.B. die Soziotherapie, die auch die Inanspruchnahme und Koordinierung von Leistungen anderer Sozialgesetzgeber umfassen muss sowie psychotherapeutische Verfahren, Methoden und Settings, die über die Richtlinienpsychotherapie hinausgehen sollten. Zukünftig sind Modelle gemeindepsychiatrischer Basisteams, wie sie z.B. im Projekt „Gemeindepsychiatrische Basisversorgung schwerer psychischer Erkrankungen“ vom Innovationsfonds des G-BA gefördert wurden, zu berücksichtigen.	des SGB V kann daher nicht erfolgen. Die Vernetzung mit anderen Leistungsbereichen außerhalb des SGB V ist jedoch in der Richtlinie im Rahmen der Regelungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses angelegt. Mit dem Ziel einer stärkeren Verzahnung der Bereiche werden u.a. zwei Vorgaben in § 6 Absatz 1 Nr. 10 (Einladung von Akteuren außerhalb des SGB V in die patientenorientierten Fallbesprechungen nach der KSVPsych-RL) und in § 8 Absatz 3 Satz 5 (Teilnahme der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V an SGB-übergreifenden Hilfeplankonferenzen) ergänzt. Gemeindepsychiatrische Verbünde bestehen derzeit nicht flächendeckend, sondern sind

Lfd. Nr.	Institution	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
		Prüfkriterien für eine an den Bedarfen und Bedürfnissen von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ausgerichtete berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung sind deren Abgleich mit den S3 Leitlinien für psychosoziale Therapie. Für den SGB V Bereich bedeutet dies, dass neben diagnosespezifischen psychotherapeutisch-psychopharmakologischen Behandlungsansätzen vor allem Recovery, Empowerment, milieutherapeutische Ansätzen sowie partizipative Entscheidungsfindungen auf Grundlage vertrauensvoller und kontinuierlicher Beziehungen umgesetzt werden. In den Richtlinien nach § 92 Abs. 6b ist diese Umsetzung zu beschreiben und zu konkretisieren. Der Netzverbund muss auch Behandlungsangebote für die hohen Komorbiditäten von schweren psychischen Erkrankungen und einer zusätzlichen Abhängigkeitserkrankung gewährleisten. Genesungsbegleiter*innen sind bei mindestens einem beteiligten Leistungserbringer des Netzverbundes zu beschäftigen. Den Änderungen, denen alle Parteien im Folgenden zugestimmt haben, schließt sich die Diakonie Deutschland an.	regional sehr unterschiedlich stark ausgeprägt. Sie unterscheiden sich zudem z. T. deutlich hinsichtlich ihrer Struktur und des Leistungsspektrums. Vor diesem Hintergrund erscheint eine verpflichtende Vorgabe zur Einbindung der Netzverbünde in die Gemeindepsychiatrischen Verbünde nicht sachgerecht. Die Einbindung von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern wird grundsätzlich unterstützt, jedoch besteht weiterhin die Schwierigkeit, dass es kein einheitliches Curriculum für Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter gibt und daher eine klare Aufgabenabgrenzung nicht bzw. nur bedingt erfolgen kann.

Lfd. Nr.	Institution	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
27	DHS	<i>Aus dem Anschreiben:</i> ...Die DHS stimmt den Änderungsvorschlägen im Grundsatz zu. Die Änderungen sind geeignet, die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu verbessern. Es muss jedoch auch gewährleistet sein, dass die Verbesserungen auch Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen zu Gute kommen. Wichtig ist, dass die Gründung von Verbänden vereinfacht wird und Hürden abgebaut werden.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
28	DGPT	<i>Aus dem Anschreiben:</i> ...Die DGPT begrüßt die Absicht der Novellierung dieser Richtlinie, die bei ihrer Umsetzung auf Schwierigkeiten gestoßen ist, die wir teilweise in unserer Stellungnahme von 2021 zur Erstfassung adressiert hatten. Die mangelnde Vernetzung der Versorgungsbereiche und die fehlende Koordinierung in der Versorgung beeinträchtigen neben anderen Faktoren die Qualität der Versorgung der angesprochenen Patientengruppe. Durch die Einführung eines Gesamtbehandlungsplans und die vernetzte Umsetzung dieser Behandlungsstrategie im Rahmen der neuen Versorgungsform kann eine deutliche Verbesserung der Versorgung von schwer psychisch und psychosomatisch erkrankten Patienten möglich werden. Wir hoffen, dass eine Novellierung der Richtlinie auf breitere Akzeptanz stoßen wird und die Versorgung der Patienten dadurch deutlich gestärkt wird. <i>Aus der Stellungnahme:</i> Grundsätzlich begrüßen wir die vorgesehenen Änderungen, da dadurch die KSVPsych-Richtlinie größere Akzeptanz finden wird!	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
29	DMtG	Herzlichen Dank für die Gelegenheit zur Stellungnahme! Leider ist Musiktherapie wie alle Künstlerischen Therapien kein Gegenstand der Richtlinie. Insofern sehen wir keine Möglichkeit, inhaltlich zum Änderungsentwurf Stellung zu nehmen. Wahrscheinlich wäre für die Aufnahme Künstlerischer Therapien eine berufsrechtliche	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Lfd. Nr.	Institution	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
		Regelung Voraussetzung? Wir arbeiten auf eine solche Regelung hin und würden uns über Unterstützung dieser Bemühungen freuen. Alternativ würden wir uns auch über eine Aufnahme Künstlerischer Therapien in die KSVPsych-RL freuen!	GKV-SV: Die Versorgung nach der KSVPsych-RL zielt auf eine bessere Vernetzung der Leistungserbringenden und der bereits bestehenden Versorgungsangebote. Künstlerische Therapien sind derzeit nicht Bestandteil des durch den G-BA definierten Leistungskataloges der GKV, und können auch insofern kein Gegenstand der Richtlinie sein.
30	BAG Psychiatrie und VKD	<i>Aus dem Anschreiben:</i> ...Das aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) ausgefüllte Formular zur Abgabe einer Stellungnahme in Bezug auf die geplante Änderung der Richtlinie fügen wir diesem Schreiben bei. Die KSVPsych-RL hat bisher nicht zu dem gewünschten Erfolg geführt. Dies ist bedauerlich, da die Zielsetzung der Verbesserung der Versorgung psychisch schwer Erkrankter uneingeschränkt unterstützenswert ist. Die Gründe hierfür liegen aus Trägersicht in dem zu hohen Bürokratieaufwand sowie dass diesem keine angemessene Vergütung für die Kliniken gegenübersteht. Die Kliniken müssen in weiten Teilen Antworten auf den Fachkräftemangel finden. Dies gilt insbesondere auch für den ärztlichen Bereich. Diese Situation erlaubt es nicht, die knappen Ressourcen bürokratielastig einzusetzen. Insofern begrüßen wir die vorgesehenen Änderungen, sie sind ein Schritt in die richtige Richtung. Inwiefern er hinreichend ist, ist selbstverständlich nicht abschließend zu	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV/PatV: In der Begründung zu § 92 Absatz 6b SGB V adressiert der Gesetzgeber ausdrücklich die Einbindung der psychiatrischen Institutsambulanzen sowie den Übergang zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor. Schwer

Lfd. Nr.	Institution	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
		einzuschätzen. Wir bewerten dies jedoch noch zurückhaltend. Insofern unterstützen wir es, wenn zukünftig Verbünde auch ohne Kliniken zustande kommen können. Solche Verbünde sind u.U. nicht der Idealfall, können gleichwohl die Versorgungsstrukturen verbessern, denn der Grundgedanke der KSVPsych-RL ist zu begrüßen - insbesondere was den strukturierten Austausch und die angestrebte Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen außerhalb des SGB V angeht. Mit der Gründung eines Netzverbundes haben verschiedenste Leistungserbringer die Möglichkeit, sich sektorenübergreifend zusammenzuschließen - die Richtlinie bietet damit theoretisch neue Gestaltungsmöglichkeiten in der ambulanten Regelversorgung schwer psychisch kranker Menschen - über eine Vernetzung im Gemeindepsychiatrischen Verbund hinaus. Im Rahmen sektorenübergreifender Behandlungsprozesse sind die Fachanwendungen der Telematik-Infrastruktur von entscheidender Bedeutung. Bis heute haben die Kommunikation im Medizinwesen (KIM) bzw. entsprechende Kommunikationsoptionen über KIM-Mails oder TI- Messenger-Lösungen keine ausreichende Durchdringung, um die wachsenden intersektoralen Abstimmungs- und Kollaborationsanforderungen performant, rechtskonform und aufwandsarm abzubilden - dies gilt insbesondere für die in der KSVPsych-RL vorgesehenen Netzverbünde. Auch die in den aktuellen Änderungsvorschlägen benannte Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) bildet sich aufgrund des aktuell noch stark eingeschränkten Nutzungsgrades auf Leistungserbringer- und Patientenseite derzeit in der Praxis noch nicht ab. Hier liegt also noch viel Wegstrecke vor den Beteiligten. Wir bitten ausdrücklich, dieses Themenfeld in den weiteren Beratungen zu berücksichtigen.	psychisch Erkrankte benötigen oftmals nicht nur ambulante Versorgungsangebote, es können auch stationäre Aufenthalte notwendig sein. Um dieser Patientengruppe und dem Anliegen des Gesetzgebers gerecht zu werden, sind alle an der Versorgung schwerer psychischer Erkrankungen beteiligten Leistungserbringenden einzubinden; die Kooperation des Netzverbundes mit mindestens einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene ist daher auch weiterhin erforderlich. KBV: Der Anregung der Stellungnehmer wird zum Teil gefolgt.

Lfd. Nr.	Institu- tion	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
			Begründung: Verpflichtende vertragliche Kooperationen werden ebenfalls als Umsetzungshindernis bewertet; gleichfalls wird eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen ausnahmsweise auch ohne Krankenhaus-Kooperation gesehen. DKG: Mit der vorliegenden Änderung soll eine Erleichterung der Einbindung von Krankenhäusern erreicht werden. Die derzeitigen Rahmenbedingungen sehen momentan wenig Anreize für Krankenhäuser vor, sich Netzverbünden anzuschließen. Dazu gehören formelle Hürden, z. B. zur Verpflichtung zum Abschluss eines verbindlichen Kooperationsvertrages. Es wird ein gestuftes System des Einbezugs an Krankenhäusern vorgesehen.

Lfd. Nr.	Institution	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
31	CBP und DCV	Die Caritas bedankt sich herzlich für die Möglichkeit zur Abgabe einer Stellungnahme zur Anpassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL). Der Deutsche Caritasverband und sein Fachverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP) nehmen die Gelegenheit zur Stellungnahme gern gemeinsam wahr. Eine gute Versorgung von Menschen mit komplexen und schweren psychischen Erkrankungen, darunter auch Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, ist beiden Verbänden ein großes Anliegen. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es wichtig, die Gründung von Netzverbünden zu vereinfachen und bestehende Hürden abzubauen.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
32	DPTV	Die Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPTV) begrüßt die zeitnahe Überarbeitung der KSVPsychRL für Erwachsene. Die Evaluation des G-BA der Erstfassung der Richtlinie gibt die bestehenden Umsetzungshemmnisse sehr gut wieder. Wir haben Kommentierungen in den hier vorgelegten Entwurf eingefügt, die den dringenden Handlungsbedarf kennzeichnen. Diese Änderungen sollten nun zeitnah umgesetzt werden, so dass insbesondere Patient*innen mit schweren Störungen und komplexen Behandlungsbedarf profitieren.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
33	bpa	Die Versorgung durch die Netzverbünde nach der Richtlinie setzt bisher einen formalen Kooperationsvertrag mit nur einem der genannten Leistungserbringer voraus. Es ist zu begrüßen, dass es zukünftig keinen formalen Kooperationsvertrag mehr geben soll, die Kooperation u. ggf. einseitige Erklärungen der Leistungserbringer ausreicht. Die Möglichkeit, durch eine einseitige Willenserklärung Netzwerke zu bilden, kann Prozesse verschlanken und Bürokratiehürden abbauen. Auch die Reduktion der Kooperationspartnerzahl erachten wir für sinnvoll und als Beitrag, die Umsetzung vor Ort tatsächlich zu beschleunigen. In der Erstfassung der Richtlinie wurde nach entsprechenden Hinweisen auch des bpa, die Möglichkeit geschaffen, dass ein kooperierender zugelassener PsychHKP-Dienst für die Koordination der Versorgung eingesetzt werden kann. Allerdings ist die Beteiligung der	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV: Die KSVPsych-RL legt Mindestanforderungen für die Bildung von Netzverbünden fest. Voraussetzung für die Teilnahme an dieser Versorgung ist eine Kooperation mit mindestens

Lfd. Nr.	Institution	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahmen
		Leistungserbringer für Soziotherapie/PsychHKP/Ergotherapie als Kooperationspartner für die Netzverbünde aus Fachärzten und Psychotherapeuten indes nach wie vor nicht zwingend. Wir erachten die Einbindung der psychiatrischen Pflege für eine funktionierende Versorgung weiterhin als absolut zentral und daher unabdingbar. Die Pflege leistet nicht nur Alltagsunterstützung, sondern hält auch den Kontakt, erkennt Krisen frühzeitig und sichert damit das Versorgungssystem mit ab. Hier braucht es eine angemessene Einbindung. Die Koordination gehört dabei aus unserer Sicht klar in den Bereich der aufsuchenden Pflege – und sollte an eine entsprechende Qualifikation, wie z. B. psychiatrische Fachkräfte oder Sozialarbeiter, gebunden sein. Eine rein ärztliche Koordination – ohne eigene Leistungserbringung – läuft schnell ins Leere und wird der Komplexität der Versorgung nicht gerecht.	einem Leistungserbringenden aus den Bereichen Ergotherapie, Soziotherapie und psychiatrische häusliche Krankenpflege. Bei einer darüberhinausgehenden Vorgabe zur verpflichtenden Einbindung von Leistungserbringenden aus allen drei Bereichen besteht die Gefahr, dass Netzverbünde nicht gegründet werden können, wenn diese nicht in der Region verfügbar sind. KBV: Die Auswahl der Berufsgruppen für die Übernahme der Tätigkeit als nicht-ärztliche koordinierende Person bezieht sich an deren Qualifikationen, Kenntnissen und Fertigkeiten. Die Möglichkeit, verschiedene Berufsgruppen für diese Tätigkeit einsetzen zu können, erleichtert die Gründung von Netzverbünden.

§ 2 Absatz 2 (Definition der Patientengruppe)

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL			
§ 2 Absatz 2			<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM			
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen	
01	BPtK	GKV-SV/ PatV	Die BPtK unterstützt die Position von GKV-SV und PatV, das Diagnosespektrum in § 2 Absatz 2 nicht um die Diagnosegruppe der organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störungen (F00 bis F09 des ICD-10 GM) zu erweitern.	Es ist unstrittig, dass auch Patient*innen mit dementiellen Erkrankungen häufig einer multiprofessionellen, aufeinander abgestimmten Behandlung bedürfen. Der Behandlungsverlauf und insbesondere die Schwerpunkte der erforderlichen Behandlungsmaßnahmen unterscheiden sich bei dieser Patientengruppe jedoch erheblich von denjenigen Patientengruppen der schwer psychisch Erkrankten, die bislang Gegenstand dieses neuen Versorgungsangebots sind. Dies betrifft zum einen die weniger prominente Rolle der Berufsgruppen der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeut*innen, mit Ausnahme der Psychotherapeut*innen mit einer Qualifikation und einem Versorgungsschwerpunkt im Bereich der neuropsychologischen Psychotherapie. Zum anderen gilt dies aber auch für die Leistungserbringer*innen gemäß § 3 Absatz 3 Nummern 2 bis 4 sowie die besonderen Kooperationserfordernisse u. a. mit Blick auf vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante	GKV-SV/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV: Der Überlegung der Stellungnehmer, eine eigene Richtlinie für die Versorgung von Demenzerkrankungen vorzusehen, wird teilweise gefolgt. Die Versorgung von Menschen mit Demenz interdisziplinär, umfasst aber weit mehr als nur psychiatrische oder therapeutische Bedarfe; insbesondere der Pflege, den Hausärztinnen und Hausärzten sowie der Begleitung von Angehörigen kommt eine zentrale Rolle zu. Eine Einordnung unter dem gesetzlichen Auftrag gemäß § 92 Absatz 6b SGB V greift daher zu kurz. Um der	

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL		
§ 2 Absatz 2				<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen	
				Pflegedienste. Angesichts der begrenzten Zahl an anerkannten Netzverbünden und damit einhergehend den begrenzten Versorgungskapazitäten erscheint es zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht zielführend, den Versorgungsauftrag der Netzverbünde um die große und weiter wachsende Gruppe von Patient*innen mit dementiellen Erkrankungen zu erweitern, die aufgrund der Schwere der Erkrankung und der resultierenden Beeinträchtigungen einer koordinierten, ambulanten multiprofessionellen Versorgung bedürfen. Gegebenenfalls wäre es langfristig zudem zielführender, für diese Patientengruppen über eine eigene Richtlinie die spezifischen Rahmenbedingungen für ein Versorgungsangebot der ambulanten Komplexbehandlung zu schaffen.	Komplexität der Versorgung von Menschen mit Demenz gerecht zu werden, sollte daher die Schaffung einer eigenen gesetzlichen Grundlage geprüft werden, die die Einbindung aller für die Versorgung dieser Patientengruppe relevanten Akteure ermöglicht. PatV: Der Überlegung der Stellungnehmer, eine eigene Richtlinie für die Versorgung von Demenzerkrankungen vorzusehen, wird teilweise gefolgt. Denkbar ist auch ein Einschluß der Patientengruppe in die KSVPsych-RL in einem gesonderten Kapitel „Besonderheiten der Versorgung von Menschen mit Demenz“, in dem die besonderen Bedarfe der	

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 2 Absatz 2			<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					Gruppe adressiert werden.
03	DGGPP	GKV-SV/ PatV	Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM ist dringend zu empfehlen.	Angesichts des demografischen Wandels und der hohen Krankheitslast bei Demenzerkrankungen ist im Lichte umfangreicher Evidenz zur Wirksamkeit von berufsgruppenübergreifenden ambulanten Interventionen die Erweiterung auf organisch psychische Störungen, insbesondere den Demenzerkrankungen, sinnvoll und überfällig. Die Versorgungsmöglichkeit durch ambulante KSV-Psych ist insbesondere auch hinsichtlich der Belastung von Betroffenen und ihren Angehörigen erforderlich und kann in der Versorgung weder durch DMPs ersetzt noch allein durch andere Versorgungsstrukturen (PIA o.ä.) getragen werden.	GKV-SV/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Störungsbilder des Abschnitts F00-F09 der ICD-10-GM unterscheiden sich nicht nur aufgrund ihrer Ätiologie als auch hinsichtlich ihres Verlaufs und der erforderlichen Behandlungsmaßnahmen von den psychischen Erkrankungen, die das Indikationsspektrum der KSVPsych-Richtlinie bilden. Die S3-Leitlinie Demenzen empfiehlt eine psychotherapeutische Behandlung nur zur Therapie begleitender Erkrankungen, bspw. eine Verhaltenstherapie bei depressiven Symptomen im Rahmen einer leichten Demenz. Für Angststörungen

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 2 Absatz 2				<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					hingegen liegt keine Evidenz für die Wirksamkeit medikamentös-begleiteter oder nicht-medikamentöser Behandlungen, einschließlich der Verhaltenstherapie, vor. Versicherte mit neurologischen oder anderen somatischen Erkrankungen und einer zusätzlich vorliegenden psychischen Erkrankung können eine Versorgung nach der KSVPsych-RL erhalten, sofern die Vorgaben zum psychosozialen Funktionsniveau und zum Vorliegen eines komplexen Behandlungsbedarfs erfüllt sind. Siehe lfd. Nr. 01 KBV/DKG: Dank und Kenntnisnahme.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 2 Absatz 2			<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
05	DFPP	KBV/DKG	Die DFPP unterstützt den Vorschlag der KBV/DKG, der Ausschluss Diagnosegruppe F 00 nicht schlüssig ist.	Die Erfahrung innerhalb der pHKP zeigt, dass diese Diagnosegruppe eine eher geringe Rolle in der Versorgungsrealität darstellt und es somit der DFPP nicht schlüssig erscheint, diese Diagnosegruppe auszuschließen.	KBV/DKG: Dank und Kenntnisnahme.
06	BVDN	KBV/DKG	Erweiterung des Diagnosespektrums auf gesamten F-Diagnose-Bereich mit Einbeziehung der Demenzdiagnosen – F0x – ist erforderlich	- Für diese Patientengruppe ist die Einleitung einer zeitnahen Diagnostik von Bedeutung, weil nur zu Beginn der Behandlung eine antidementive Behandlung indiziert ist – schreitet die Demenz fort, sind Antidementiva nicht mehr einsetzbar - Sollen Psychopharmaka zur Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz eingesetzt werden, ist dies auch dringend nötig, um Klinikeinweisungen zu vermeiden – dazu müssen auch zwingend sozialmedizinische Beratungen dienen - Antidementive Behandlung ist insbesondere in frühen und mittelschweren Stadien, wenn pflegerische Interventionen noch nicht notwendig sind möglich und meist indiziert, außerdem medikamentöse, ergo- und physiotherapeutische Behandlungen sowie niedrigschwellige psychotherapeutische Interventionen zum Erhalt der Teilhabe	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 2 Absatz 2				<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Auch für die Identifikation der Alzheimerpathologie als Frühform einer Demenz wäre eine vernetzte und multiprofessionelle Intervention dringend erforderlich (gestuftes und differenziertes diagnostisches Vorgehen mit neuropsychologischen, laborchemischen und bildgebenden Verfahren vor behandlungsbeginn und engmaschig im Verlauf sowie sozialmedizinisch-psychotherapeutische Begleitung) – hier handelt es sich meist nicht um schwer psychisch Kranke im Sinne der Richtlinie (s. GAF-Wert). Deswegen muss für diese wachsende Patientengruppe eine Form der Versorgung für die Abbildung der vielfältigen Schritte gefunden werden – z. B. eine weitere Richtlinie zur „Demenzfrühversorgung“.	
07	BVDP	KBV/DKG	Erweiterung des Diagnosespektrums auf gesamten F-Diagnose-Bereich mit Einbeziehung der Demenzdiagnosen – F0x – ist erforderlich	Für diese Patientengruppe ist die Einleitung einer zeitnahen Diagnostik von Bedeutung, weil nur zu Beginn der Behandlung eine antidementive Behandlung indiziert ist – schreitet die Demenz fort, sind Antidementiva nicht mehr einsetzbar. Sollen Psychopharmaka zur Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz eingesetzt werden, ist dies auch dringend nötig, um	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die Versorgung von Patienten mit dementiellen Syndromen ist wie beschrieben vielfältig und komplex. Der Versuch diese Patientengruppe zunächst mit unter der

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 2 Absatz 2				<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Klinikeinweisungen zu vermeiden – dazu müssen auch zwingend sozialmedizinische Beratungen dienen. Eine antidementive Behandlung ist insbesondere in frühen und mittelschweren Stadien, wenn pflegerische Interventionen noch nicht notwendig sind, möglich und meist indiziert. Außerdem sind häufig weitere medikamentöse, ergo- und physiotherapeutische Behandlungen sowie niedrigschwellige psychotherapeutische Interventionen zum Erhalt der Teilhabe erforderlich Auch für die Identifikation der Alzheimerpathologie als Frühform einer Demenz wäre eine vernetzte und multiprofessionelle Intervention dringend erforderlich (gestuftes und differenziertes diagnostisches Vorgehen mit neuropsychologischen, laborchemischen und bildgebenden Verfahren vor behandlungsbeginn und engmaschig im Verlauf sowie sozialmedizinisch-psychotherapeutische Begleitung) – hier handelt es sich meist nicht um schwer psychisch Kranke im Sinne der Richtlinie (s. GAF-Wert). Deswegen muss für diese wachsende Patientengruppe eine Form der Versorgung für die	KSVPsych-RL zu fassen ist pragmatisch und eher unter dem Aspekt zu sehen, dass keine Diagnosegruppe bei der Beschreibung der Patientengruppe ausgeschlossen werden sollte. Eine Versorgung nach der Richtlinie ist weiterhin nur dann möglich, wenn zusätzlich deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach § 2 Absatz 3 vorliegen und wenn ein komplexer psychiatrischer oder psychosomatischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach § 2 Absatz 4 besteht.

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 2 Absatz 2				<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Abbildung der vielfältigen Schritte gefunden werden – z. B. eine weitere Richtlinie zur „Demenzfrühversorgung“.	
09	DGPPN	KBV/DKG	Die DGPPN unterstützt die Änderungsvorschläge von KBV/DKG.	Der Einbezug von Menschen mit organisch bedingten psychischen Erkrankungen ist sehr zu begrüßen, da die Richtlinie auf die Versorgung von schwer psychisch Kranken abzielt. Für diese Patientengruppe mit häufig sehr komplexen psychiatrischen Behandlungsbedarf und hoher somatischer Komorbidität ist eine koordinierte und strukturierte Versorgung von großer Bedeutung.	KBV/DKG: Dank und Kenntnisnahme.
10	bvvp	KBV/DKG	Der Aufnahme von Kapitel F00 kann aus Sicht des bvvp unter Umständen zugestimmt werden.	Patienten aus Kapitel F00 sind kein klassisches Klientel in psychotherapeutischen Praxen. Es könnte deshalb sachgerechter sein, eine eigene Richtlinie für diese Patientengruppe zu entwickeln. Falls die Aufnahme stattfindet, müssen zwingend die neuropsychologisch tätigen Psychotherapeut*innen berücksichtigt werden.	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Hinweis zur Aufnahme der neuropsychologisch tätigen Psychotherapeut*innen wird nochmals geprüft.
11	DVGP	KBV/DKG	Wir halten eine Ausweitung auf die hirnorganischen Erkrankungen für sinnvoll.	Die durch die Richtlinie ermöglichten Vernetzungen aller Behandlungsarten sind auch zur Versorgung dieser Personengruppe geeignet.	KBV/DKG: Dank und Kenntnisnahme.

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 2 Absatz 2				<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen, siehe lfd. Nr. 01
12	BAG-GPV		Einschluss der F00 Diagnosen geboten	Angesichts demographischer Entwicklung und komplexen Behandlungsbedarf dieser Patientengruppe (siehe überarbeitete S3 LL Demenz – insbesondere multiprofessionelle nicht medikamentöse Interventionen) Einschluss sinnvoll.	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV: Siehe lfd. Nr. 03 KBV/DKG: Dank und Kenntnisnahme. PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen, siehe lfd. Nr. 01
13	BAPP	KBV/DKG	Die BAPP unterstützt den Vorschlag der KBV/DKG, wonach der Ausschluss Diagnosegruppe F 00 nicht schlüssig ist.	Erfahrungen aus der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (pHKP) zeigen, dass die Diagnosegruppe F00 in der Versorgungspraxis eine untergeordnete Rolle spielt. Vor diesem Hintergrund erscheint ein Ausschluss dieser Gruppe nicht nachvollziehbar.	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
14	BFLK	KBV/DKG	Die Position wird unterstützt	Auch Menschen mit Erkrankungen der F00-F09 können durchaus einen komplexen Versorgungsbedarf ähnlich der Patient*innen mit den anderen F-Diagnosen aufweisen. Für die Behandlung dieser Patient*innen wären dann nur	KBV/DKG: Dank und Kenntnisnahme.

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 2 Absatz 2				<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				stationäre Behandlung möglich. Gerade im Bereich der Demenzen fachlich nicht sinnvoll.	
15	BPM	KBV/DKG	Erweiterung des Diagnosespektrums auf gesamten F-Diagnose-Bereich mit Einbeziehung der Demenzdiagnosen – F0x – ist erforderlich	Für diese Patientengruppe ist die Einleitung einer zeitnahen Diagnostik von Bedeutung, weil nur zu Beginn der Behandlung eine antidementive Behandlung indiziert ist – schreitet die Demenz fort, sind Antidementiva nicht mehr einsetzbar Sollen Psychopharmaka zur Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz eingesetzt werden, ist dies auch dringend nötig, um Klinikeinweisungen zu vermeiden – dazu müssen auch zwingend sozialmedizinische Beratungen erfolgen. Eine antidementive Behandlung ist insbesondere in frühen und mittelschweren Stadien, wenn pflegerische Interventionen noch nicht notwendig sind, möglich und meist indiziert. Außerdem sind häufig weitere medikamentöse, ergo- und physiotherapeutische Behandlungen sowie niedrigschwellige psychotherapeutische Interventionen zum Erhalt der Teilhabe erforderlich Auch für die Identifikation der Alzheimerpathologie als Frühform einer Demenz wäre eine vernetzte und multiprofessionelle Intervention dringend erforderlich (gestuftes und differenziertes	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 07

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 2 Absatz 2				<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				diagnostisches Vorgehen mit neuropsychologischen, laborchemischen und bildgebenden Verfahren vor Behandlungsbeginn und engmaschig im Verlauf sowie sozialmedizinisch-psychotherapeutische Begleitung) – hier handelt es sich meist nicht um schwer psychisch Kranke im Sinne der Richtlinie (s. GAF-Wert). Deswegen muss für diese wachsende Patientengruppe eine Form der Versorgung für die Abbildung der vielfältigen Schritte gefunden werden – z. B. eine weitere Richtlinie zur „Demenzfrühversorgung“.	
16	ackpa	KBV/DKG	ackpa schließt sich den Vorschlägen der DKG an.	Auch für Patient:innen, die von psychischen Störungen des Kapitels F00 betroffen sind, können Behandlungsbedarfe indiziert sein, die in dieser Richtlinie geregelt werden. Der Ausschluß von Patient:innen, die von diesen Erkrankungen betroffen sind, ist nicht sinnvoll.	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
18	DNVF	KBV/DKG	Die Erweiterung um die Diagnosen des Kapitels F00 stellt eine sinnvolle Erweiterung der RL dar	Für Patientinnen mit dementiellen Syndromen ist nach der S3-Leitlinie Demenzen ein Dementia Care Management (Empfehlung 53, DGN & DGPPN 2025) empfohlen und könnte somit im Rahmen der RL umgesetzt werden.	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 2 Absatz 2				<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
19	PIBB	KBV/DKG	Für eine Erweiterung auf die Diagnosegruppe F00 (KBV/DKG)	Gerade bei Demenzerkrankten ist eine Koordination und Abstimmung zwischen den verschiedenen an der Behandlung Beteiligten essentiell. Insofern ist nicht nachvollziehbar, dass gerade Pat. dieser Diagnosegruppe von der Komplexversorgung ausgeschlossen werden.	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
20	DGVT-BV	<u>GKV-SV/PatV</u>	Wir schließen uns der Position von GKV-SV/PatV an.	Einteilung hat sich bewährt. Wir streben daher keine Erweiterung des Diagnosespektrums an.	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen, siehe lfd. Nr. 01
21	DDPP	KBV/DKG	Die Öffnung für F00 Patienten findet unsere Zustimmung	Text aus der ursprünglichen Stellungnahme: <i>Die Priorisierung schwer psychisch Kranker bei dieser Versorgungsform sollte betont werden. Nur so kann verhindert werden, dass diese PatientInnen erneut die strukturellen VerliererInnen des Versorgungssystems werden. Die Unterversorgung schlägt sich in ungünstigen Krankheitsverläufen und verkürzter Lebenserwartung nieder. Die üblichen ambulanten Versorgungsstrukturen können aufgrund der Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung bzw. krankheitsimmanent oft nicht genutzt werden. Bestimmte PatientInnen erhalten</i>	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 2 Absatz 2				<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				<i>die notwendigen Komplexleistungen so nur im stationären Status.</i> Bei dieser Beschreibung sind Pat der F00 Gruppe mit einzubeziehen. Alterstruktur und Komorbidität lässt es kaum zu, das F00 Patienten ausgeschlossen werden.	
22	DGSP	KBV/DKG	Die Richtlinie sollte auch die F00 Diagnosen mitumfassen	Der Einbezug von Menschen mit Demenz ist aufgrund des komplexen Behandlungsbedarfs sinnvoll. Hinweise gibt die überarbeitete S3-Leitlinie Demenz – insbesondere multiprofessionelle nicht medikamentöse Interventionen.	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
23	BDP	GKV-SV/ PatV	Beibehaltung Diagnosebereich	Ursprüngliche Zielrichtung beibehalten	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen, siehe lfd. Nr. 01.
24	APK	KBV/DKG	Der Ausschluss der organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störungen (F00 – F09 des fünften Kapitels der ICD-10-GM) und damit auch der Demenzen sollte aufgehoben werden. Ein	Die Versorgung dieser Patientengruppe (F00 – F09) ist wie von der DKG und KBV angeführt oft eine multiprofessionelle und kooperative Komplexbehandlung durch verschiedene Berufsgruppen. Durch die ambulanten Komplexbehandlungen können stationäre Einweisungen vermieden werden, die für diese Patientengruppe durch Verlassen des vertrauten	KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 2 Absatz 2			<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			Einschluss dieser Patientengruppe ist auch vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der damit verbundenen stetig wachsenden Anzahl von Demenzpatientinnen und -patienten in Deutschland sinnvoll.	Lebensumfeldes eine hohe Belastung sein können. Depressionen und Angststörungen bei Demenz, die behandlungsbedürftig im Sinne der Richtlinie zu bezeichnen sind, sind in der ICD-10-GM formal als organisch zu kodieren (F0x mit U63.-!) und somit kann die Diagnosegruppe F0 nicht ausgeschlossen werden. Darüber hinaus empfiehlt die überarbeitete S3-LL Demenzen multiprofessionell durchführbare nichtmedikamentöse Interventionen wie bspw. Gedächtnistraining, kognitive Stimulation, Musiktherapie, körperliches Training auch zur Verbesserung der Kognition und der Alltagsaktivitäten bei Demenz (F0x) sowie Psychotherapie, kognitive Stimulation, Musiktherapie, Reminiszenztherapie und körperliches Training bei Depression bei Demenz. Diese Verfahren können bis auf die Psychotherapie von unterschiedlichen therapeutischen Berufsgruppen angeboten werden und sind auch bei schweren Alltagseinschränkungen neben der psychiatrischen Behandlung indiziert. Insofern ist für diese Gruppe die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung angesichts des komplexem psychiatrischen oder	

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 2 Absatz 2				<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs und angesichts der Schwere der Erkrankung indiziert.	
25	DGPM	KBV/DKG	Eine Erweiterung der Diagnosgruppe auf alle F-Kapitel (einschl. F00-F09) ist dringend notwendig.	Organisch bedingte psychische Erkrankung gehören zum Behandlungsspektrum von am Netzverbund beteiligten Fachärzt:innen und psychologischen Psychotherapeut:innen. Insbesondere organisch bedingte psychische Erkrankungen zeigen einen komplexen Versorgungsbedarf und profitieren von einem individuellen Gesamtbehandlungsplan. Die Identifizierung von Patient:innen für eine Behandlung in der KSVPsych-RL sollte den Behandler:innen überlassen werden.	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
26	Diakonie Dtl.	KBV/DKG	Die Diakonie Deutschland befürwortet die Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00- F09 des ICD-10.	Im Anfangsstadium einer Demenz sind die psychischen Belastungen betroffener Patient*innen in der Regel sehr hoch. Hier wie auch bei leichter Demenz ist eine psychotherapeutische Behandlung indiziert. Ein frühzeitiges, breites Unterstützungsangebot wirkt sich darüber hinaus positiv auf den weiteren Verlauf der Demenzerkrankung und die Verhinderung oder Reduzierung psychischer Komorbiditäten aus.	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
28	DGPT	KBV/DKG	Einbeziehung der Demenzdiagnosen begrenzt sinnvoll - meist handelt es	Für diese Patientengruppe ist die Einleitung einer zeitnahen Diagnostik von Bedeutung, weil nur zu	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 07.

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 2 Absatz 2				<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			sich nicht um schwer psychisch Kranke im Sinne der Richtlinie (s. GAF-Wert). Deswegen muss für diese Patientengruppe eine Form der Versorgung für die Abbildung der vielfältigen Schritte gefunden werden – z. B. eine weitere Richtlinie zur „Demenzfrühversorgung“. Wir folgen dem Vorschlag der KBV.	Beginn der Behandlung eine antidementive Behandlung indiziert ist . Antidementive Behandlung ist insbesondere in frühen und mittelschweren Stadien, wenn pflegerische Interventionen noch nicht notwendig sind möglich und meist indiziert, außerdem medikamentöse, ergo- und physiotherapeutische Behandlungen sowie niedrigschwellige psychotherapeutische Interventionen zum Erhalt der Teilhabe. Auch für die Identifikation der Alzheimerpathologie als Frühform einer Demenz wäre eine vernetzte und multiprofessionelle Intervention dringend erforderlich (gestuftes und differenziertes diagnostisches Vorgehen mit neuropsychologischen, laborchemischen und bildgebenden Verfahren vor Behandlungsbeginn und engmaschig im Verlauf sowie sozialmedizinisch-psycho-therapeutische Begleitung.	
30	BAG Psychiatrie und VKD	KBV/DKG	Eine Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM ist zu begrüßen.	Der F0/G30-Bereich sollte per se nicht ausgeschlossen werden. Den Anforderungen (insbesondere im gerontopsychiatrischen Bereich) ist in der KSVPsych-RL Rechnung zu tragen.	KBV/DKG: Dank und Kenntnisnahme.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 2 Absatz 2			<u>Definition der Patientengruppe:</u> KBV/DKG: Erweiterung der Diagnosen um das Kapitel F00 – F99 des ICD-10-GM, GKV-SV/PatV: Beibehaltung der Diagnosegruppen F10 – F99 des ICD-10-GM		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
31	CBP und DCV	KBV/DKG	DCV e.V. unterstützt die Aufnahme der Diagnosegruppe F00-F99 des ICD-10-GM	Menschen mit demenziellen Erkrankungen und Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen bedürfen oft einer multimodalen berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung, die derzeit als besondere und indikationsspezifische Leistung nicht zur Verfügung steht. Sie sind ohne fremde Hilfe nicht imstande, das planvolle Ineinandergreifen unterschiedlicher notwendiger Einzelleistungen zu organisieren. Für niedergelassene Neurologen/Psychiater/neuropsychologische Leistungserbringer steht für die notwendige Planung und Koordination der Einzelleistungen derzeit keine geeignete Refinanzierungsmöglichkeit bereit.	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
32	DPtV	GKV-SV/PatV	Der Einbezug von weiteren Diagnosen des ICD-10 aus dem Kapitel F00 kann durchaus sinnvoll erfolgen	Da in den Netzverbünden sowohl neuropsychologische als auch psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Fachkompetenzen vorliegen, kann auch diese Patientengruppe sinnvoll im Rahmen der KSVPsych-RL eingefügt werden.	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. siehe lfd. Nr. 01 und 03 KBV/DKG: Dank und Kenntnisnahme. PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen, siehe lfd. Nr. 01

§ 3 Absatz 2 Satz 1 (Konzeption der Netzverbünde)

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2, § 3 Absatz 2 Satz 6 ff, § 3 Absatz 9 Satz 7				<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzwerk ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
01	BPtK	GKV-SV/KBV/DKG	Die BPTK begrüßt die Aufnahme von örtlichen BAG und zugelassenen MVZ als mögliche Struktur für einen Netzwerk im Sinne der Richtlinie, soweit diese überwiegend vergleichbare quantitative und qualitative Anforderungen erfüllen.	Die inhaltlichen Anforderungen einer ambulanten Komplexbehandlung für schwer psychisch erkrankte Patient*innen können auch mit den einrichtungsintern vorhandenen Vernetzungen zwischen den Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen gemäß Satz 2 Nummer 1 und 2 erfüllt werden, soweit diese Leistungserbringer*innen in dem erforderlichen Umfang zur Verfügung stehen und die weiteren Anforderungen der Vernetzung und Kooperation mit den weiteren gemäß Richtlinie vorgesehenen kooperierenden Leistungserbringer*innen und Einrichtungen erfüllt werden.	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV/DKG: Die abweichenden Regelungen für zugelassene MVZ und örtliche BAG zielen auf eine größere Flexibilität, da deren Mitglieder unter einem Dach, auf Basis bereits bestehender Rechts- und Kommunikationsstrukturen arbeiten PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wurde gefolgt, unter der Bedingung, dass für MVZs und BAGs die gleichen Anforderungen gelten wie für andere Verbundstrukturen.

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2, § 3 Absatz 2 Satz 6 ff, § 3 Absatz 9 Satz 7				<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzwerk ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
05	DFPP	GKV-SV/KBV/DKG	Die DFPP unterstützt die Argumentation MVZ und BAG in die Teilnahme an dem Netzwerk zu ermöglichen.	Gerade in ländlichen Regionen ist eine Zunahme von MVZ oder BAG festzustellen. Nach der Auffassung ist es zeitgemäß, die MVZ und BAG den Zugang zum Netzwerk zu ermöglichen.	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt, siehe lfd. Nr. 01
06	BVDN	GKV-SV/KBV	Einbezug der in der vertragsärztlichen Versorgung schon etablierten Strukturen	Begrüßenswert ist die Ermöglichung der vernetzten Versorgung durch Einbeziehung einer bereits qua Institution im Vertragsarztbereich definierten Vernetzung – BAG und als besondere Form das MVZ – damit können bereits synergetisch wirksame Versorgungselemente noch breiter nutzbar gemacht werden	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wurde gefolgt, siehe lfd. Nr. 01.
07	BVDP	GKV-SV/KBV	Einbezug der in der vertragsärztlichen Versorgung schon etablierten Strukturen	Die Einbeziehung einer bereits qua Institution im Vertragsarztbereich definierten vernetzten Struktur, wie etwa eine Berufsausübungsgemeinschaft BAG und auch ein von den in der Richtlinie genannten relevanten Leistungserbringern geführtes Medizinisches	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt, siehe lfd. Nr. 01

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2, § 3 Absatz 2 Satz 6 ff, § 3 Absatz 9 Satz 7				<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzwerk ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Versorgungszentrum MVZ würde die Bildung eines Netzwerkverbundes erleichtern. Damit können bereits synergetisch wirksame Versorgungselemente noch breiter nutzbar gemacht werden. Ausdrücklich nicht adressiert wird mit dieser Befürwortung der Einbezug von MVZs, die nicht mit der Versorgung der adressierten Patientengruppe bereits ausreichende Erfahrung haben.	
09	DGPPN	GKV-SV/KBV/DKG	Die DGPPN unterstützt die Änderungsvorschläge von GKV-SV/KBV. Dem Änderungsvorschlag der DKG stimmt die DGPPN nicht zu.	Begrüßenswert ist die Ermöglichung der vernetzten Versorgung durch Einbeziehung einer bereits qua Institution im Vertragsarztbereich definierten Vernetzung – BAG und als besondere Form das MVZ – damit können bereits synergetisch wirksame Versorgungselemente noch breiter nutzbar gemacht werden. Der Einbezug Ermächtigter erscheint nicht erforderlich. Prioritär im Zulassungsverfahren	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Im weiteren Beratungsverlauf wurde eine Ergänzung in § 3 Absatz 4 aufgenommen, die klarstellt, dass auch ermächtigte Leistungserbringern und Leistungserbringer,

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2, § 3 Absatz 2 Satz 6 ff, § 3 Absatz 9 Satz 7				<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzverbund ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				sind Zulassungen zur vertragsärztlichen Versorgung zu behandeln.	insbesondere die nach § 31 Absatz 3 und 4 Ärzte-ZV ermächtigt wurden, in die Versorgung einbezogen werden können.
10	bvvp	KBV	sachgerecht		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
11	DVGP	DKG	Wir befürworten eine niedrige Mindestzahl von Ärzt:innen bzw. Psychotherapeut:innen, auch ermächtigte Leistungserbringer sollten Verbundpartner sein können.	Aus gemeindepsychiatrischer Sicht ist es vordringlich erforderlich, die Bildung von Netzverbünden zu ermöglichen, deren Versorgungsgebiet mit den Verbundstrukturen anderer Hilfeformen übereinstimmt, also z. B. Gemeindepsychiatrischen Verbünden. Dies sind in der Regel einzelne Städte oder Kreise, in Großstädten auch Stadtbezirke. Insbesondere in ländlichen Regionen ist dieses Ziel ggf. nur mit einer sehr kleinen Mindestzahl von	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Siehe lfd. Nr. 09

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2, § 3 Absatz 2 Satz 6 ff, § 3 Absatz 9 Satz 7				<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzwerk ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Ärzt:innen und/oder Psychotherapeut:innen erreichbar.	
12	BAG-GPV	PatV	Zustimmung zur PatV		KBV/ PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Im weiteren Beratungsverlauf wurde die Position aufgegeben – siehe lfd. Nr. 01 und 09
13	BAPP	GKV-SV/KBV/DKG	Die BAPP unterstützt die Argumentation MVZ und BAG die Teilnahme an dem Netzwerk zu ermöglichen.	Angesichts der zunehmenden Etablierung von MVZ und BAG insbesondere in ländlichen Regionen erscheint es zeitgemäß und versorgungspolitisch sinnvoll, diesen Einrichtungen die Teilnahme am Netzwerk zu ermöglichen.	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt, siehe lfd. Nr. 01
14	BFLK	GKV-SV/KBV/DKG	Die Position wird unterstützt	Die Ausweitung der Netzwerkteilnehmende auf BAGs oder MVZ erscheint sinnvoll, um die Etablierung der Verbünde zu stärken.	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2, § 3 Absatz 2 Satz 6 ff, § 3 Absatz 9 Satz 7				<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzwerk ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt, siehe lfd. Nr. 01.
15	BPM	GKV-SV/KBV	Einbezug der in der vertragsärztlichen Versorgung schon etablierten Strukturen	Die Einbeziehung einer bereits qua Institution im Vertragsarztbereich definierten vernetzten Struktur, wie etwa eine Berufsausübungsgemeinschaft BAG und auch ein von den in der Richtlinie genannten relevanten Leistungserbringern geführtes Medizinisches Versorgungszentrum MVZ würde die Bildung eines Netzwerkverbundes erleichtern. Damit können bereits synergistisch wirksame Versorgungselemente noch breiter nutzbar gemacht werden. Ausdrücklich nicht adressiert wird mit dieser Befürwortung der Einbezug von MVZs, die nicht mit der Versorgung der adressierten Patientengruppe bereits ausreichende Erfahrung haben.	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt, siehe lfd. Nr. 01

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2, § 3 Absatz 2 Satz 6 ff, § 3 Absatz 9 Satz 7				<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzwerk ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
16	ackpa	GKV-SV/KBV	ackpa schließt sich den Vorschlägen von GKV-SV und KBV an. Dem Änderungsvorschlag der DKG bezüglich ermächtigter Ärzte schließt sich ackpa nicht an	Bereits bestehende kooperative Strukturen sollten für diese Versorgungsform genutzt werden können. Ermächtigte Leistungserbringer sind in der Regel der ambulanten Versorgung nicht vollumfänglich zur Verfügung. Ein Einbezug erscheint daher im Zusammenhang dieser Richtlinie nicht sinnvoll.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. siehe lfd. Nr. 09
19	PIBB	PatV	Beibehaltung der bisherigen Regelung wie PatV	Ein/e MVZ/BAG ist eine Institution und kein Netzwerk. Wichtig erscheint uns auch eine Abschirmung vor investorengeführten MVZs mit angeschlossenem Pflegedienst oder Ergotherapiepraxis. Dies entspricht in keiner Weise der ursprünglichen Intention der KSVPsych-RL, die Vernetzung <u>in einem Versorgungsgebiet</u> zu fördern.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die vorgenannten Änderungen sollen den Aufbau von Netzwerkverbünden erleichtern und mögliche bürokratische Hürden abbauen. PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Im weiteren Beratungsverlauf

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2, § 3 Absatz 2 Satz 6 ff, § 3 Absatz 9 Satz 7				<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzwerk ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					wurde die Position aufgegeben – siehe Lfd. Nr. 01 und 09
20	DGVT-BV	DKG	Als Verband nehmen wir hier die versorgungspolitische Sichtweise ein und plädieren für die Teilnahme von zugelassenen und ermächtigten Leistungserbringer*innen.	Verbesserung der Versorgung	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Siehe Lfd. Nr. 09
21	DDPP	GKV-SV/KBV/DKG	Wir schliessen uns der Hinzunahme von MVZ und örtlichen BAGs an.	Je breiter die kompetente Aufstellung erfolgt, desto mehr Patienten können mit Komplexleistungen behandelt werden.	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt, siehe Begründung Lfd. Nr. 01.
22	DGSP	PatV	Beibehaltung der bisherigen Regelungen, keine Ergänzungen zu MVZ/BAG	MVZ und BAG als eigenständige Versorgungseinheiten können kein eigenes Netzwerk im Sinne der KSV Psych bilden.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV: Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Siehe Lfd. Nr. 19.

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2, § 3 Absatz 2 Satz 6 ff, § 3 Absatz 9 Satz 7				<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzverbund ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Im weiteren Beratungsverlauf wurde die Position aufgegeben – siehe lfd. Nr. 01
23	BDP	PatV	Erhalt der bisherigen Regelung	Statt dem Schaffen neuer Strukturen sollten bestehende Strukturen weiter forciert werden	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV: Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Siehe lfd. Nr. 19. PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Im weiteren Beratungsverlauf wurde die Position aufgegeben – siehe lfd. Nr. 01 und 09
24	APK	PatV	MVZ und BAG gesondert anzuführen, wäre nur dann notwendig, wenn hier Sonderregelungen zu treffen sind.	Da hier jedoch die gleichen Anforderungen wie grundsätzlich bei Netzverbünden gelten sollten, kann darauf verzichtet werden.	KBV/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr.01 und 19.

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2, § 3 Absatz 2 Satz 6 ff, § 3 Absatz 9 Satz 7				<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzwerk ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					PatV: Die PatV hat ihre Position geändert, siehe Begründung lfd. Nr. 01
25	DGPM	GKV-SV/KBV/DKG	Ein MVZ oder eine örtliche BAG sollte grundsätzlich zur Teilnahme an der Versorgung gemäß der Richtlinie berechtigt sein.	Die Berücksichtigung von MVZs und BAGs trägt zur Umsetzung der Richtlinie bei und erhöht das Angebot für psychisch Erkrankte mit komplexem Behandlungsbedarf.	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt, siehe lfd. Nr. 01
26	Diakonie Dtl.	DKG	Die Diakonie Deutschland schließt sich der Position an, dass sich ein MVZ, eine BAG sowie ermächtigte Leistungserbringer neben den bisherigen Partnern zu Netzwerkverbünden zusammenschließen können.	Diese Änderungen sollen den Aufbau von Netzwerkverbünden, der in vielen Regionen nicht stattfindet, erleichtern und ist geeignet, mögliche Hürden, wie sie auch im Evaluationsbericht aufgeführt werden, abzubauen.	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Siehe lfd. Nr. 09. PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt, siehe lfd. Nr. 01

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2, § 3 Absatz 2 Satz 6 ff, § 3 Absatz 9 Satz 7				<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzwerk ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
28	DGPT	KBV	a) Die Erleichterung der Netzwerkgründung durch Weg-fall der Vertragsbindungen ist zu begrüßen. b) Die Ermöglichung der vernetzten Versorgung durch Einbeziehung einer bereits qua Institution im Vertragsarztbereich definierten Vernetzung – BAG und als besondere Form das MVZ – ist ebenfalls begrüßenswert. Wir folgen dem Vorschlag der KBV.	a) Die Notwendigkeit der Vertragsabschlüsse hat sich als hinderlich herausgestellt. b) damit können bereits synergetisch wirksame Versorgungselemente noch breiter nutzbar gemacht werden	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt, siehe Begründung lfd. Nr. 01
30	BAG Psychiatrie und VKD	DKG	Ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder	Die MVZ-Strukturen gehören aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2, § 3 Absatz 2 Satz 6 ff, § 3 Absatz 9 Satz 7				<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzwerk ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			ermächtigten Leistungserbringern sowie ein zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenes MVZ oder eine örtliche Berufsausübungsgemeinschaft gehören aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) zu den teilnahmeberechtigten Leistungserbringern eines Netzverbundes.	(VKD) in die Konzeption / Definition eines Netzverbundes.	Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. siehe lfd. Nr. 09 PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt, siehe Begründung lfd. Nr. 01 und 09
31	CBP und DCV	GKV-SV/KBV/DKG	Der DCV e.V. unterstützt die Aufnahme von ermächtigten Leistungserbringern sowie MVZ und BAG in den Kreis der Leistungserbringer, die sich zu	Um eine möglichst flächendeckende Versorgung mit Netzwerkverbünden sicherzustellen, ist es notwendig, möglichst keine Organisationsform auszuschließen, die grundsätzlich imstande wäre, sich an der Versorgung innerhalb eines Netzverbundes zu	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Siehe lfd. Nr. 09

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 1 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 2 Satz 2, § 3 Absatz 2 Satz 6 ff, § 3 Absatz 9 Satz 7				<u>Konzeption der Netzverbünde (MVZ und BAG):</u> GKV-SV/KBV/DKG: Ein Netzwerk ist - (wie bisher) ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (DKG: oder ermächtigten) Leistungserbringern oder - ein MVZ / eine örtliche BAG. PatV: Beibehaltung der bisherigen Regelung, , keine Ergänzungen zu MVZ/BAG.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen	
			einem Netzwerk zusammenschließen dürfen.	beteiligen. Es geht darum, das Versorgungspotenzial so zu nutzen, wie es regional verfügbar ist.	PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt, siehe lfd. Nr. 01 und 09	

§ 3 Absatz 2 Satz 1 (Einbezug ermächtigte Leistungserbringer)

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL			
§ 3 Absatz 2 Satz 1			<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug			
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen	
01	BPtK	DKG/ PatV	Die BPtK unterstützt den Regelungsvorschlag, mit dem es ermächtigten Leistungserbringer*innen, die eine Ermächtigung gemäß § 31 Absatz 1	Der neu in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte eingeführte Ermächtigungstatbestand dient einer besseren psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von schwer	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Eine Einbeziehung erfolgt in § 3 Absatz 4.	

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 1			<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte erhalten haben, ermöglicht werden soll, an der Versorgung nach der KSVPsych-Richtlinie mitzuwirken.	psychisch erkrankten Patient*innen, die aufgrund der resultierenden Funktionseinschränkungen weniger gut in der Lage sind, sich die erforderlichen Behandlungen in dem komplexen Versorgungssystem zu beschaffen und einen schlechteren Zugang zu einer bedarfsgerechten Versorgung haben. Die für die ermächtigten Leistungserbringer*innen vorgeschriebenen Kooperationsvereinbarungen dienen dabei einem schnelleren und niedrigschwelligeren Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung und einer systematischen Kooperation mit zentralen weiteren, an der Versorgung dieser Patientengruppe beteiligten Einrichtungen. Die von den ermächtigten Leistungserbringer*innen behandelten	DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es wird eine Ergänzung in § 3 Absatz 4 aufgenommen, die klarstellt, dass prinzipiell ermächtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, aber insbesondere die nach § 31 Absatz 3 und 4 Ärzte-ZV ermächtigt wurden, in die Versorgung einbezogen werden können.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 1			<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Patient*innen werden zu einem wesentlichen Teil einer multiprofessionellen Versorgung bedürfen und zugleich die Anforderungen gemäß § 2 dieser Richtlinie erfüllen. Daher ist es angesichts des Leistungsspektrums und der Behandlungsschwerpunkte geboten, dass den ermächtigten Leistungserbringer*innen die Möglichkeit eingeräumt wird, sich als Netzverbundmitglieder an der ambulanten Komplexbehandlung nach dieser Richtlinie zu beteiligen und auch die Rolle der Bezugsärzt*in oder Bezugspsychotherapeut*in übernehmen zu können.	
05	DFPP	DKG/ PatV	Die DFPP unterstützt die Argumentation der DKG/PatV.	Die DFPP vertritt die Auffassung, dass auch eine psychiatrische Institutsambulanz an dem Netzwerkverbund teilnehmen sollte und dementsprechend auch Fachärzte und	KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe laufende Nr. 01.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 1			<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Psychologische Psychotherapeuten gemäß einer Ermächtigung gemäß § 116 SGB V.	
06	BVDN	DKG/ PatV	Ablehnung	Der Einbezug Ermächtigter ist nicht erforderlich. Eine Ermächtigung von Ärzten und Psychotherapeuten ist nur dann notwendig, wenn trotz bestehender Erfüllung der Versorgung nach Bedarfsplanungsrichtlinie der Versorgungsbedarf nicht sichergestellt werden kann. Prioritär im Zulassungsverfahren sind Zulassungen zur vertragsärztlichen Versorgung zu behandeln. Zur Stärkung dieser vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Strukturen soll auf diese auch im Vernetzungsverfahren zurückgegriffen werden. (hier besteht die Gefahr von Ermächtigungsanträgen insbesondere durch psychologische Psychotherapeuten,	KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV: Dem Hinweis der Begründung wurde im Beratungsverlauf gefolgt und eine Einbeziehung in § 3 Absatz 4 vorgesehen. DKG/PatV: Das Erfordernis der Aufnahme der „ermächtigten“ Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ergibt sich aus den zuletzt erfolgten Anpassungen der „Zulassungsverordnung für Vertragsärzte“ mit Inkrafttreten vom 15. Februar 2025. Es wird eine

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 1			<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				das sollte von uns Ärzten nicht unterstützt werden)	Ergänzung in § 3 Absatz 4 aufgenommen, die klarstellt, dass auch ermächtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, insbesondere die nach § 31 Absatz 3 und 4 Ärzte-ZV ermächtigt wurden, in die Versorgung einbezogen werden können.
07	BVDP	DKG/ PatV	Ablehnung	Der Einbezug ermächtigter Leistungserbringer (speziell der in der aktuellen Änderung der Zulassungsverordnung Ärzte adressierten Leistungserbringer) ist nicht erforderlich. Eine Ermächtigung von Ärzten und Psychotherapeuten ist grundsätzlich nur dann notwendig, wenn der Versorgungsbedarf trotz Darstellung regelrechter Versorgungsumfänge nach	KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 06

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 1			<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Bedarfsplanungsrichtlinie regional nicht sichergestellt werden kann. In den Zulassungsverfahren sind Zulassungen zur vertragsärztlichen Versorgung vorrangig auszusprechen. Zur Stärkung dieser vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Strukturen soll auf diese auch im vorliegenden Vernetzungsverfahren zurückgegriffen werden.	
10	bvvp	KBV	Bei sachgerechter Ausgestaltung kann der Einbezug befürwortet werden.	Die Zulassungsverordnung definiert einen neuen Ermächtigungstatbestand, der speziell für die Behandlung vulnerabler Gruppen und in Kooperation mit einer entsprechenden Einrichtung zum Tragen kommen soll. Dies könnten somit Psychotherapeut*innen sein, die für die Teilnahme an der KSVPsych-RL prädestiniert wären und die man unbedingt nutzen sollte.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Im weiteren Beratungsverlauf wurde eine Ergänzung in § 3 Absatz 4 aufgenommen, die klarstellt, dass auch

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 1			<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					ermächtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, insbesondere die nach § 31 Absatz 3 und 4 Ärzte-ZV ermächtigt wurden, in die Versorgung einbezogen werden können.
11	DVGP	DKG/ PatV	Die mit der Änderung der Ärzte-Zulassungsverordnung zu ermächtigenden Leistungserbringer sollten einbezogen werden.	Sie widmen sich ja gerade der durch die Richtlinie zu versorgenden Personengruppe.	KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 06
12	BAG-GPV	DKG/ PatV	Ermächtigte Leistungserbringer sind einzubeziehen	Dies entspricht der Änderung der Zulassungsverordnung.	KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 06
13	BAPP	DKG/ PatV	Die BAPP unterstützt die Argumentation der DKG/PatV.	Die BAPP spricht sich dafür aus, ermächtigte Leistungserbringer – insbesondere psychiatrische Institutsambulanzen sowie entsprechend ermächtigte Fachärztinnen und	KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 1			<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				psychologische Psychotherapeutinnen gemäß § 116 SGB V – in die Netzverbünde einzubinden.	DKG/PatV: siehe laufende Nr. 06.
14	BFLK	DKG/ PatV	Die Position wird unterstützt	Die durch den Einbezug der ermächtigten Leistungserbringer kann das Versorgungsangebot bedarfsgerecht erweitert werden. Der angesprochenen Personenkreis ist auch vermehrt durch stationäre Aufenthalte belastet (aus Mangel von Versorgungsangeboten).	KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. DKG/PatV: siehe laufende Nr. 06.
15	BPM	DKG/ PatV	Ablehnung	Der Einbezug ermächtigter Leistungserbringer (speziell der in der aktuellen Änderung der Zulassungsverordnung Ärzte adressierten Leistungserbringer) ist nicht erforderlich. Eine Ermächtigung von Ärzten und Psychotherapeuten ist grundsätzlich nur dann notwendig, wenn der Versorgungsbedarf trotz Darstellung regelrechter Versorgungsumfänge nach	KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 06

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 1			<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Bedarfsplanungsrichtlinie regional nicht sichergestellt werden kann. In den Zulassungsverfahren sind Zulassungen zur vertragsärztlichen Versorgung vorrangig auszusprechen. Zur Stärkung dieser vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Strukturen soll auf diese auch im vorliegenden Vernetzungsverfahren zurückgegriffen werden.	
16	ackpa	DKG/PatV	Dem Änderungsvorschlag der DKG bezüglich ermächtigter Ärzte schließt sich ackpa nicht an	Siehe oben	KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. DKG/PatV: siehe lfd. Nr. 06.
19	PIBB	GKV-SV/KBV	Kein Einbezug wie bei Position GKV/KBV		GKV-SV/KBV/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV/KBV: Siehe lfd. Nr. 10 DKG/PatV: siehe lfd. Nr. 06.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 1			<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
20	DGVT-BV	DKG/PatV	Auch hier plädieren für die Möglichkeit der Hinzuziehung von ermächtigten Leistungserbringer*innen.	Verbesserung der Versorgung	KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe laufende Nr. 06-
22	DGSP	DKG/PatV	Zustimmung	Die DGSP unterstützt die PatV, die Regelung um „ermächtigte“ Leistungserbringer:innen zu erweitern.	KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe laufende Nr. 06
23	BDP	KBV	Erhalt bisheriger Regelung	Siehe oben	GKV-SV/KBV/ PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV/KBV: Siehe lfd. Nr. 10 DKG/PatV: siehe lfd. Nr. 06.
24	APK	DKG/PatV	Dieses Erfordernis ergibt sich aus den zuletzt erfolgten Anpassungen der „Zulassungsverordnung für Vertragsärzte“ mit Inkrafttreten vom 15. Februar 2025.	Die mit der KSVPsych-RL adressierten Patientengruppen sind explizit mit der Ermächtigung umfasst und die ermächtigten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können ihren Beitrag	KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 06

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 1			<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				im Rahmen der KSVPsych Versorgungsform leisten.	
25	DGPM	DKG/PatV	Die Die DGPM unterstützt den Einbezug von ermächtigten Leistungserbringern.	Die Einbeziehung ist aufgrund des Versorgungsbedarfs sowie der Anpassung der „Zulassungsverordnung für Vertragsärzte“ erforderlich.	KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe laufende Nr. 06
26	Diakonie Dt.	DKG/PatV	Die Diakonie Deutschland schließt sich der Position der DKG und der PatV an.	Die Erweiterung um ermächtigte Leistungserbringer unterstützt die Diakonie Deutschland ausdrücklich, da diese Angebote für besonders vulnerable Patient*Innen bereit halten sollen.	KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe laufende Nr. 06
28	DGPT	GKV-SV/KBV	Der Einbezug Ermächtigter ist nicht erforderlich.	Eine Ermächtigung von Ärzten und Psychotherapeuten ist nur dann notwendig, wenn trotz bestehender Erfüllung der Versorgung nach Bedarfsplanungsrichtlinie der Versorgungsbedarf nicht sichergestellt werden kann. Prioritär im Zulassungsverfahren sind Zulassungen zur vertragsärztlichen Versorgung zu behandeln. Zur Stärkung dieser	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV/KBV: Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Siehe lfd. Nr. 10 DKG/PatV: siehe lfd. Nr. 06.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 1			<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Strukturen soll auf diese auch im Vernetzungsverfahren zurückgegriffen werden.	
30	BAG Psychiatrie und VKD	DKG/PatV	Der Einbezug ermächtigter Leistungserbringer ist aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) vorzusehen.	Ärztliche und psychotherapeutische Leistungserbringer mit persönlicher Ermächtigung (insbesondere in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, stationären Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation) ergänzen die Netzverbünde aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) sinnvoll.	KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe laufende Nr. 06
31	CBP und DCV	DKG/PatV	Die Einbeziehung ermächtigter Leistungserbringer wird unterstützt.	Um eine möglichst flächendeckende Versorgung mit Netzverbünden sicherzustellen, ist es notwendig, möglichst keine Berufsgruppe auszuschließen, die grundsätzlich imstande wäre, sich an der	KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 06

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 1			<u>Einbezug ermächtigte Leistungserbringer</u> (infolge Änderung Zulassungsverordnung-Ärzte) DKG/PatV: Einbezug ermächtigter Leistungserbringer GKV-SV/KBV: Kein Einbezug		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Versorgung innerhalb eines Netzverbundes zu beteiligen. Es geht darum, das Versorgungspotenzial so zu nutzen, wie es regional verfügbar ist.	
32	DPtV	GKV-SV/KBV	Zustimmung	Die genaue Ausgestaltung der gesetzlich neu geschaffenen psychotherapeutischen und psychiatrischen Ermächtigungen für unterschiedliche Versorgungsgruppen ist derzeit noch nicht abzuschätzen. Die Entscheidung über die Aufnahme sollte zu einem späteren Zeitpunkt überprüft werden.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV/KBV: Siehe lfd. Nr. 10 DKG/PatV: Siehe lfd. Nr. 06.

§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 (Ergänzung um Fachpsychotherapeuten)

Paragraph, betreffende Passage					Änderung der KSVPsych-RL
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3] Nummer 4					<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
01	BPtK	allen	Die Ergänzung um die Berufsgruppe der Fachpsychotherapeut*innen für Erwachsene ist sachgerecht.	Vor dem Hintergrund der Begrenzung des Diagnosespektrums in § 2 Absatz 2 auf Patient*innen mit einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F10 bis F99) des ICD-10 GM und damit dem Ausschluss von Patient*innen, bei denen ausschließlich die Diagnose einer organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störung (F00 bis F09 des ICD-10 GM) vorliegt, ist es sachgerecht, dass neben den Fachpsychotherapeut*innen für Erwachsene die neue Berufsgruppe der Fachpsychotherapeut*innen für Neuropsychologische Psychotherapie nicht ergänzt wurde.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV/DKG: im weiteren Beratungsverlauf wurde die Fachgruppe der Fachpsychotherapeut*innen für Neuropsychologische Psychotherapie als Nr. 4 ergänzt.
05	DFPP	allen	Die DFPP unterstützt diese Argumentation		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
06	BVDN	allen	Übernahme	Die Einfügung des Begriffes der „FachpsychotherapeutInnen infolge des Psychotherapeutengesetzes ist folgerichtig	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
07	BVDP	allen	Übernahme	Die Einfügung des Begriffes der „FachpsychotherapeutInnen infolge des Psychotherapeutengesetzes ist folgerichtig	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3) Nummer 4				<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
09	DGPPN	allen	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von allen an.	Die Einfügung des Begriffes der „FachpsychotherapeutInnen infolge des Psychotherapeutengesetzes ist folgerichtig.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
11	DVGP	allen	befürwortet	Umsetzung der Gesetzesnovelle	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
13	BAPP	allen	Die BAPP unterstützt diese Argumentation		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
14	BFLK	allen	Die Position wird unterstützt		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
15	BPM	allen	Übernahme	Die Einfügung des Begriffes der „FachpsychotherapeutInnen infolge des Psychotherapeutengesetzes ist folgerichtig	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
16	ackpa	allen	ackpa schließt sich den Vorschlägen aller an.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
19	PIBB	allen	Zustimmung	Ergibt sich aus Psychotherapeutengesetz	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3) Nummer 4				<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
20	DGVT-BV	allen	Zustimmung	Sicherung der Qualität der psychotherapeutischen Versorgung	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
22	DGSP	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
23	BDP	allen	Bestätigung der Ergänzung	Reform PsychThG	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
24	APK	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
25	DGPM	allen		Die Ergänzung ergibt sich durch die Reform der Psychotherapeutenausbildung.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
28	DGPT	allen	Die Einfügung des Begriffes der FachpsychotherapeutInnen infolge des Psychotherapeutengesetzes ist folgerichtig		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie § 3 Absatz 4 Satz 2, § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 4] (DKG/PatV: Satz 3) Nummer 4				<u>Ergänzung um Fachpsychotherapeuten</u> (infolge des Psychotherapeutengesetzes).	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
30	BAG Psychiatrie und VKD	allen	Ergänzung ist aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) sinnvoll.	Entspricht der Nomenklatur im Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
31	CBP und DCV		Die Einbeziehung von Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten einschließlich der Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie wird begrüßt.	Die Einbeziehung von Fachpsychotherapeutinnen und -therapeuten ist nach der Änderung des Psychotherapeuten-Gesetzes folgerichtig. Bei Aufnahme der Diagnosegruppe F.00-F.99 in den Kreis der nach dieser Richtlinie behandelbaren Diagnosen dürfen Fachpsychotherapeutinnen und -therapeuten für Neuropsychotherapie, die auf die Behandlung dieser Indikationen beschränkt sind, nicht von der Teilnahme ausgeschlossen werden. Die wenigen Berufsträger auf diesem Fachgebiet bilden eine wichtige und speziell qualifizierte Säule der Behandlung gerade dieser Patientengruppe und sollten an der Versorgung teilnehmen können.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV/DKG: Siehe lfd. Nr. 01
32	DPtV	allen	Zustimmung	Sachgerecht	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§ 3 Absatz 2 Satz 3 (Anzahl FÄ/PT)

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 3			<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] [PatV fünf] Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
01	BPtK	GKV-SV/KBV/DKG	Die BPtK befürwortet die vorgeschlagene Reduktion der Anforderungen an die Zahl der Netzverbundmitglieder auf insgesamt sechs Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen mit der ergänzenden Vorgabe, dass mindestens zwei Fachärzt*innen und mindestens zwei Psychotherapeut*innen Mitglied des Netzverbundes sein müssen.	Aus dem Zwischenbericht zur Evaluation der KSVPsych- Richtlinie geht hervor, dass die quantitativen Anforderungen an die Anzahl der Mitglieder eines Netzverbundes insbesondere bei der Gründung von neuen Netzverbünden, die nicht auf vorbestehende Vernetzungsstrukturen aufsetzen konnten, ein relevantes Hindernis dargestellt hatten. Dies hat in vielen, insbesondere auch in strukturschwächeren Regionen den Aufbau des neuen Versorgungsangebots beeinträchtigt. Eine Absenkung auf eine Mindestanforderung von insgesamt sechs Leistungserbringer*innen stellt eine relevante Erleichterung für die Neugründung von Netzverbünden dar und gewährleistet zugleich, dass die Netzverbünde noch immer über eine Mindestgröße verfügen, die mit den in einem Netzverbund erforderlichen Versorgungsangeboten kompatibel ist. Die Vorgabe, dass jeweils mindestens zwei Leistungserbringer*innen aus der Berufsgruppe der Fachärzt*innen bzw. der Psychotherapeut*innen dem Netzverbund angehören müssen,	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wurde gefolgt. Die PatV hat sich der Absenkung von zehn auf sechs Netzverbundmitglieder angeschlossen. Diese Anpassung ist mit dem grundsätzlichen Ziel der Patientenvertretung, strukturelle Hürden für Neugründungen abzubauen, vereinbar.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 3			<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] [PatV fünf] Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				gewährleistet dabei, dass für beide zentralen Berufsgruppen und damit für die zentralen Leistungsbereiche ein Minimum an Wahlmöglichkeiten für die Patient*innen besteht. Dies erscheint auch insoweit geboten, als dass im Falle von Urlaubs- und Krankheitszeiten auf Seiten der Leistungserbringer*innen nicht zuletzt für neue Patient*innen eine zeitnahe Diagnostik und Versorgung im Netzverbund zumindest theoretisch weiterhin geleistet werden kann.	
05	DFPP	GKV-SV/KBV/DKG	Die DFPP unterstützt die Auffassung der GKV/KBV/DKG, dass sechs Fachärzte und Psychotherapeuten zur Gründung eines Netzverbund ausreichen.		GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wurde gefolgt, siehe Begründung lfd. Nr. 01
06	BVDN	GKV-SV/KBV/DKG	Übernahme	Die Reduzierung der Anforderungen zur Gesamtzahl der in einem Netzverbund tätigen ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen ist zu begrüßen	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wurde gefolgt, siehe Begründung lfd. Nr. 01

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 3			<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] [PatV fünf] Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
07	BVDP	GKV-SV/KBV/DKG	Übernahme	Die Reduzierung der Anforderungen zur Gesamtzahl der in einem Netzverbund tätigen ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen auf sechs Personen ist zu begrüßen.	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wurde gefolgt, siehe Begründung lfd. Nr. 01
09	DGPPN	GKV-SV/KBV/DKG	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von GKV/KBV/DKG an.	Die Reduzierung der Anforderungen zur Gesamtzahl der in einem Netzverbund tätigen ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen ist zu begrüßen.	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wurde gefolgt, siehe Begründung lfd. Nr. 01
10	bvvp	KBV	Die Reduktion ist angesichts der bisherigen Probleme, Netze zu gründen, sachgerecht.	<i>Aus der Evaluation: Über die Hälfte der Befragten (57 %) gab an, dass sie oft oder immer die Rückmeldung erhalten, es seien nicht ausreichend Facharzt*innen in der Region vorhanden, um einen Netzverbund entsprechend der Vorgaben der KSVPsych-Richtlinie bilden zu können.</i> <i>Rund 54 % der Befragten antworteten, dass potenziell Teilnehmende oft oder immer berichten, dass nicht ausreichend Psychotherapeut*innen in der Region bereit waren am Netzverbund teilzunehmen.</i> Das spricht für sich.	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wurde gefolgt, siehe Begründung lfd. Nr. 01

Paragraph, betreffende Passage		Änderung der KSVPsych-RL			
§ 3 Absatz 2 Satz 3		<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] [PatV fünf] Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.			
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
11	DVGP	PatV	Auch die Zahl von fünf Partner:innen dürfte in vielen ländlichen Regionen noch zu unzweckmäßig großräumigen Netzverbünden führen.	s. o. zu § 3 Abs. 2 Satz 1	PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Im Laufe der Beratungen ist die PatV einen Kompromiß eingegangen, siehe Begründung lfd. Nr. 01.
12	BAG-GPV	PatV	Der Verbund sollte so klein wie möglich ausgestaltet sein. Daher übernehmen wir die Position der PatV.	Die Versorgung muss regional, das bedeutet, räumlich begrenzt, lebensweltbezogen und gemeindenah ermöglicht werden!	PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Im Laufe der Beratungen ist die PatV einen Kompromiß eingegangen, siehe Begründung lfd. Nr. 01.
13	BAPP	GKV-SV/KBV/DKG	Die BAPP unterstützt die Auffassung der GKV/KBV/DKG, dass sechs Fachärzte und Psychotherapeuten zur Gründung eines Netzverbund ausreichen.		GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wurde gefolgt, siehe Begründung lfd. Nr. 01
14	BFLK	PatV	Die Position wird unterstützt	Je nach Region könne auch kleinere Netzverbünde sinnvoll sein.	PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Im Laufe der Beratungen ist die PatV einen Kompromiß

Paragraph, betreffende Passage		Änderung der KSVPsych-RL			
§ 3 Absatz 2 Satz 3		<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzwerk</u> Der Netzwerk umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] [PatV fünf] Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.			
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					eingegangen, siehe Begründung lfd. Nr. 01.
15	BPM	GKV-SV/KBV/DKG	Übernahme	Die Reduzierung der Anforderungen zur Gesamtzahl der in einem Netzwerk tätigen ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen auf sechs Personen ist zu begrüßen.	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wurde gefolgt, siehe Begründung lfd. Nr. 01
16	ackpa	GKV-SV/KBV/DKG	ackpa schließt sich der Position von GKV-SV/ KBV/ DKG an	Dies ermöglicht eine leichtere Gründung von Netzwerken auch in Regionen, in denen die Anzahl der niedergelassenen Fachärzte und Psychotherapeuten an sich schon gering ist	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wurde gefolgt, siehe Begründung lfd. Nr. 01
18	DNVF		- Ein Absenken der Hürden könnte sinnvoll sein, um die Gründung von mehr Netzwerken zu ermöglichen. Es sollte jedoch eine unabhängige systematische wissenschaftliche	Aus wissenschaftlicher Sicht ist wenig nachvollziehbar, dass die Vernetzung mit Primärversorgern nicht geregelt ist, welche einen relevanten Teil auch der schwer psychisch Kranken Versicherten behandeln (Melchior 2014).	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der G-BA hat mit § 13 KSVPsych-RL eine Evaluation der Regelungen der KSVPsych-RL innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten vorgesehen. Die Evaluation wird in zwei

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL			
§ 3 Absatz 2 Satz 3			<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] [PatV fünf] Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.			
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung		Würdigung der Stellungnahmen
			Evaluation erfolgen, in welchem Umfang Netzverbünde bestehen und welche Hürden aktuell im Vordergrund stehen. - Ein relevanter Teil der Versorgung auch von schwer psychisch Kranken erfolgt über Primärversorger. Die RL sollte eine Regelung enthalten, wie eine Vernetzung mit Primärversorgern erreicht werden kann.			Aufträgen bearbeitet. Im Rahmen des Evaluationsauftrages I wurden Strukturdaten zu den Netzverbünden sowie Gründe der Nicht-Teilnahme an der KSVPsych-Versorgung erhoben (vgl. Zwischenbericht „Rückmeldungserstattung über die Umsetzung der Regelungen zur Bildung von Netzverbünden 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“). Auf Basis der in der

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 3			<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] [PatV fünf] Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					Richtlinie festgelegten Ziele der KSVPsych-Versorgung und der in den Tragenden Gründen bereits skizzierten Fragestellungen wird zu einem späteren Zeitpunkt der Evaluationsauftrag II bearbeitet. Hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte übernehmen als Generalisten die Grundversorgung der Patientinnen und Patienten; die KSVPsych-RL richtet sich hingegen an eine spezialisierte Versorgung insbesondere schwerer psychischer Erkrankungen mit einem komplexen Behandlungsbedarf.
19	PIBB	GKV-SV/KBV/DKG	Zustimmung zum Vorschlag GKV/KBV/DKG: 6 Fachärzte und PT, von	Gerade im ländlichen Raum wie z. B. in Brandenburg ist die Anforderung von 10 FÄ und PT deutlich zu hoch	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 3			<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] [PatV fünf] Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			denen jeweils mind. zwei FÄ und mind. 2 Psychotherapeut*innen sind	gegriffen und erschwert insofern unnötig die Gründung eines Netzverbunds.	PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wurde gefolgt, siehe Begründung lfd. Nr. 01
20	DGVT-BV		Zustimmung	Erleichterung der Gründung von Netzverbünden. Sicherstellung der flächendeckenden Verbreitung von Netzverbünden.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
21	DDPP	PatV	Wir schliessen uns der PatV mit fünf FÄ und PT an.	Das niedrigschwelligste ist das, was wir bevorzugen,	PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Im Laufe der Beratungen ist die PatV einen Kompromiß eingegangen, siehe Begründung lfd. Nr. 01.
22	DGSP	PatV	Die DGSP unterstützt die Position der PatV.	Eine geringere Zahl von Fachärzten und Fachärztinnen sowie Psychotherapeut:innen erleichtert die Bildung von Netzwerken und macht es vor allem für ländliche Regionen realistischer, diese aufzubauen und aufrecht zu erhalten und gemeindenah zu ermöglichen.	PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Im Laufe der Beratungen ist die PatV einen Kompromiß eingegangen, siehe Begründung lfd. Nr. 01.
23	BDP	GKV-SV/KBV	Bestätigung 6 der genannten Mitglieder im Netzwerkverbund	Angemessene Verteilung	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 3			<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] [PatV fünf] Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wurde gefolgt, siehe Begründung lfd. Nr. 01
24	APK	GKV-SV/KBV/DKG	Eine Reduzierung der Anzahl erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass ein Netzverbund zu Stande kommt.	Laut Zwischenbericht und Erfahrungen aus der regionalen Versorgung sind häufig für einen Netzverbund nicht ausreichend Fachärztinnen und Fachärzte bzw. Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten und Fachpsychotherapeutinnen, Fachpsychotherapeuten in der Region vorhanden.	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wurde gefolgt, siehe Begründung lfd. Nr. 01
25	DGPM	GKV-SV/KBV/DKG	Die Absenkung der im Netzverbund beteiligten Fachärzt:innen und psychologischen Psychotherapeut:innen auf eine Mindestzahl von 6 (jeweils mindestens zwei Fachärzt:innen und zwei Psychotherapeut:innen) wird unterstützt.	Die Versorgung der bezugsärztlichen und bezugstherapeutischen Versorgung ist bei einer Mindestzahl von 6 weiterhin gegeben.	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wurde gefolgt, siehe Begründung lfd. Nr. 01
26	Diakonie Dt.	PatV	Die Diakonie Deutschland schließt sich der Position der PatV an und spricht sich für fünf Fachärztinnen	Die Reduzierung der erforderlichen Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen spiegelt die realen Versorgungsgegebenheiten wider.	PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Im Laufe der Beratungen ist die PatV einen Kompromiß

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 3			<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzwerk</u> Der Netzwerk umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] [PatV fünf] Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			und Psychotherapeuten aus.		eingegangen, siehe Begründung lfd. Nr. 01.
28	DGPT		Die Reduzierung der Anforderungen zur Gesamtzahl der in einem Netzwerk tätigen ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen ist zu begrüßen.	Bereits in unseren Stellungnahmen von 2021 hatten wir auf die u.E.zu hoch angesetzte Zahl hingewiesen.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
30	BAG Psychiatrie und VKD	GKV-SV/KBV/DKG	Der Netzwerk umfasst - statt mindestens insgesamt 10 – sechs Fachärzte und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.	Die nach unten korrigierten Anforderungen decken die Realität (Verfügbarkeit von Fachkräften im Netzwerk) besser ab als die ursprünglichen Anforderungen.	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wurde gefolgt, siehe Begründung lfd. Nr. 01
31	CBP und DCV	GKV-SV/KBV/DKG	Der DCV e.V. unterstützt die Reduzierung der notwendigen Zahl der	Um eine möglichst flächendeckende Versorgung mit Netzwerken sicherzustellen, ist es notwendig, keine unerfüllbar hohen Anforderungen an die	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 3			<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] [PatV fünf] Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			Fachärztinnen und Fachärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von zehn auf sechs Darunter sollten mindestens jeweils zwei (statt vier) Fachärztinnen bzw. Fachärzte und zwei Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten sein	Mindestzahl der fachärztlichen/psychotherapeutischen Berufsträger zu stellen. Es geht darum, das Versorgungspotenzial so zu nutzen, wie es regional verfügbar ist und zugleich einen verlässlichen hohen qualitativen Standard zu gewährleisten. Hierfür scheint die Absenkung der bisherigen Mindestzahlen geeignet. Eine Absenkung auf weniger als sechs approbierte Berufsträger, wovon mindestens zwei Fachärzte/Fachärztinnen und zwei Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten sein müssen, würde dem angestrebten Charakter des Netzverbundes zuwiderlaufen und eine qualitativ hochwertige berufsgruppenübergreifende strukturierte Versorgung wäre nur schwer vorstellbar.	PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wurde gefolgt, siehe Begründung lfd. Nr. 01
32	DPtV	GKV-SV/KBV/DKG	Zustimmung	Niedrigschwellige Netzbildung ermöglichen	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wurde gefolgt, siehe Begründung lfd. Nr. 01

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 3				<u>Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte/ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Netzverbund</u> Der Netzverbund umfasst statt mindestens insgesamt 10 [GKV/KBV/DKG: sechs] [PatV fünf] Fachärztinnen und Psychotherapeuten; von diesen statt mindestens vier mindestens zwei Fachärzte und statt mindestens vier mindestens zwei Psychotherapeutinnen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung		Würdigung der Stellungnahmen
33	bpa	PatV	Diese Regelung wird ausdrücklich begrüßt.			PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Im Laufe der Beratungen ist die PatV einen Kompromiß eingegangen, siehe Begründung lfd. Nr. 01.

§ 3 Absatz 2 Satz 4 (Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund)

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2] : Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)				<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. allen DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung		Würdigung der Stellungnahmen
01	BPtK	allen	Die BPtK schlägt vor, die Anerkennung eines Netzverbundes nicht von	Das Vorhandensein eines vollen Versorgungsauftrags bei einem oder mehreren Netzverbundmitgliedern ist kein Merkmal, dass die		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)				<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. allen DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen	
			dem Vorhandensein von Leistungserbringer*innen mit vollem Versorgungsauftrag abhängig zu machen, sondern in Satz 4 stattdessen leistungsbringergruppen spezifisch eine Vorgabe zu ergänzen, wonach je Leistungserbringergruppe insgesamt ein Mindestumfang an Versorgungsaufträgen gewährleistet wird, damit die im Netzverbund grundsätzlich verfügbaren	Qualität der Versorgung in einem Netzverbund in relevanter Weise zu erhöhen vermag. Zurecht hat der Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung im Konsens eine Änderung der Regelung zu der Bezugsärzt*in bzw. Bezugspsychotherapeut*in in § 4 Absatz 1 dahingehend vorgeschlagen, dass für die Ausübung dieser Funktion nicht mehr das Vorhandensein eines vollen Versorgungsauftrags vorgegeben wird, sondern die telefonische Erreichbarkeit an mindestens vier Tagen pro Woche im Umfang von mindestens 50 Minuten durch die Bezugsärzt*in oder -psychotherapeut*in selbst oder durch die benannte koordinierende Person. Die Erreichbarkeit einer Bezugsärzt*in oder -psychotherapeut*in für ihre Patient*innen wird durch den Umfang des Versorgungsauftrags nicht in relevanter Weise limitiert, soweit es sich um eine zugelassene Vertragsärzt*in oder Vertragspsychotherapeut*in	Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt, wobei festgelegt wird, dass mindestens eine Fachärztin oder ein Facharzt gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 über einen vollen und eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 über einen halben Versorgungsauftrag verfügen muss. Die Vorgabe zu den Umfängen der Versorgungsaufträge soll getroffen werden, um trotz reduzierter Mitgliederzahl im	

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)				<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. allen DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen	
			Behandlungskapazitäten soweit vorhanden sind, dass das erforderliche multiprofessionelle Leistungsangebot der ambulanten Komplexbehandlung im Netzverbund psychiatrisch wie psychotherapeutisch in Umfang und Breite umgesetzt werden kann. Die BpTK schlägt daher vor, Satz 4 wie folgt zu fassen: „Die Fachärztinnen und Fachärzte gemäß Satz 2 Nummer 1 und die Psychotherapeutinnen	handelt. Anders kann es sich dagegen bei angestellten Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen verhalten, insbesondere wenn der Umfang der Anstellungsgenehmigung unter 20 Stunden pro Woche liegt. Gleichwohl wird durch hälftige und $\frac{3}{4}$ -Versorgungsaufträge durchschnittlich der Umfang der verfügbaren Behandlungskapazitäten für die Versorgung von Patient*innen nach dieser Richtlinie limitiert. Insoweit erscheint es zielführender, wenn in den Anforderungen an die Netzverbünde auf einen Parameter abgestellt wird, über den sowohl für den fachärztlichen wie auch für den psychotherapeutischen Leistungsbereich jeweils eine durchschnittliche Behandlungskapazität gewährleistet wird, die eine angemessene quantitative wie qualitative Umsetzung der erforderlichen Leistungsangebote in einem Netzverbund ermöglichen.	Netzverbund eine gewisse Stabilität der Versorgung und der bezugsärztlichen oder -psychotherapeutischen Tätigkeit für die Patientin oder den Patienten im Netzverbund zu gewährleisten. Insbesondere für die in der Richtlinie adressierte Patientengruppe ist es wichtig, dass verpflichtend auch ein Mindestmaß an fachärztlicher Expertise vorgehalten wird. Die Vorgabe kann auch über einen diesem Umfang entsprechende Anstellungsgenehmigung	

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)				<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. allen DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen	
			<i>und Psychotherapeuten gemäß Satz 2 Nummer 2 eines Netzverbundes verfügen jeweils insgesamt mindestens über einen Umfang von 1,5 Versorgungsaufträgen.“</i>		umgesetzt werden. Eine gewisse Flexibilität ist dadurch gewährleistet.	
03	DGGPP	GKV-SV	Angesichts der Anzahl von Psychotherapeut*innen mit hälftigem Versorgungsauftrag ist der volle Versorgungsauftrag in der KSV-Psych RL für Psychotherapeut*innen unrealistisch.	Aus Kammerkreisen ist zu hören, dass die Anforderung an PT, einen vollen Versorgungsauftrag zu haben, der breiteren Implementierung der KSV-Psych geschadet hat. Einen Sachgrund für die Anforderung können wir nicht erkennen, wenn beispielsweise ein Vollzeitäquivalent für die koordinierende Person vorgehalten würde.	GKV-SV/KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Siehe lfd. Nr. 01	
05	DFPP	DKG/PatV	Die DFPP folgt dem Vorschlag der DKG / PatV	Wir haben die Erfahrung gemacht, dass in vielen Gemeinschaftspraxen viele Fachärzte über einen halben Versorgungsauftrag verfügen bzw. eine	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.	

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)				<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. allen DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen	
				Anstellungsgenehmigung. Es erscheint uns sinnvoll, dass diese Fachärzte ebenso wie die anderen Fachärzten in derselben Praxis an dem Netzverbund teilnehmen können.	DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.	
06	BVDN	KBV	Übernahme	- Komplexe Regelungen zu vollen und halben Versorgungsaufträgen sichern nicht zwingend die Erreichbarkeit der Versorgung im Rahmen der Sprechstundenzeiten zu, die nach BMV-Ä geregelt sind. Deswegen sollten Regelungen formuliert werden, die die Erreichbarkeit der Versorgung aus Sicht des Patienten schwellenarm möglich macht, unabhängig von Einzel-Festlegungen zu den Versorgungsaufträgen für Ärzte und Psychotherapeuten. - Hier sollte die Erreichbarkeit des Teams in den Vordergrund gestellt werden, schließlich handelt es sich um eine vernetzte Versorgung und ausdrücklich nicht um eine Versorgung durch einen einzelnen Akteur im Versorgungsnetz.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die Position wurde im Laufe der Beratung angepasst, Siehe lfd. Nr. 01	

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)				<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. allen DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen	
07	BVDP	KBV	Übernahme	Komplexe Regelungen zu vollen und halben Versorgungsaufträgen sichern nicht zwingend die Erreichbarkeit der Versorgung im Rahmen der Sprechstundenzeiten ab, die nach BMV-Ä geregelt sind. Deswegen sollten Regelungen formuliert werden, die die Erreichbarkeit der Versorgung aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer schwellenarm möglich macht, unabhängig von Einzel-Festlegungen zu den Versorgungsaufträgen für Ärzte und Psychotherapeuten. Hier sollte die Erreichbarkeit des Teams in den Vordergrund gestellt werden, schließlich handelt es sich um eine vernetzte Versorgung und ausdrücklich nicht um eine Versorgung durch einen einzelnen Akteur im Versorgungsnetz. Aus unserer Sicht sollte seitens der Fachärztlichen Versorgung mindestens ein voller Versorgungsauftrag eingebracht werden.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 06	

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)				<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. allen DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen	
09	DGPPN	GKV-SV	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von GKV-SV an.	Komplexe Regelungen zu vollen und halben Versorgungsaufträgen sichern nicht zwingend die Erreichbarkeit der Versorgung im Rahmen der Sprechstundenzeiten zu, die nach BMV-Ä geregelt sind. Deswegen sollten Regelungen formuliert werden, die die Erreichbarkeit der Versorgung aus Sicht des Patienten schwellenarm möglich macht, unabhängig von Einzel-Festlegungen zu den Versorgungsaufträgen für Ärzte und Psychotherapeuten. Hier sollte die Erreichbarkeit des Teams in den Vordergrund gestellt werden, schließlich handelt es sich um eine vernetzte Versorgung und ausdrücklich nicht um eine Versorgung durch einen einzelnen Akteur im Versorgungsnetz.	GKV-SV/KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Im weiteren Beratungsverlauf wurde eine Anpassung vorgenommen. Siehe lfd. Nr. 01	
10	bvvp	KBV	Dem kann notfalls zugestimmt werden, noch besser wäre gar keine	Der Umfang des Versorgungsauftrags sagt nichts über die Erreichbarkeit und nur bedingt etwas über den Leistungsumfang aus. Auch der Grad der Vernetzung einer Praxis, die Ausstattung mit Praxispersonal, die	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01	

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)				<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. allen DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen	
			Forderung von vollen Versorgungsaufträgen.	Mitgliedschaft in einer Praxengemeinschaft, Kooperationen usw. werden dadurch nicht definiert. Diese Aspekte sind aber viel wichtiger für eine Teilnahme und das Erfüllen der Anforderungen der Richtlinie.		
11	DVGP	DKG/PatV	Zustimmung, mit folgender Anregung zur Formulierung: ... und ein Psychotherapeut mindestens über einen halben Versorgungsauftrag (um nicht Regionen auszuschließen, in denen nur ein einziger PT mit einem ganzen Versorgungsauftrag niedergelassen ist)	Die bisherige und von einigen Bänken weiterhin gewünschte Beschränkung auf volle Versorgungsaufträge wird der Realität der psychotherapeutischen Versorgung nicht gerecht. Siehe im übrigen die Begründung zu § 3 Abs. 2 Satz 1	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Begründung: Siehe lfd. Nr. 01. DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme. Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.	

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)				<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. allen DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen	
12	BAG-GPV	DKG/PatV	Auch hier stimmen wir der Position von DKG/PatV zu.	Die Praktikabilität muss hierdurch realistischer werden.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Begründung: Siehe lfd. Nr. 01. DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.	
13	BAPP	DKG/PatV	Die BAPP folgt dem Vorschlag der DKG / PatV	Wir haben die Erfahrung gemacht, dass in vielen Gemeinschaftspraxen viele Fachärzte über einen halben Versorgungsauftrag verfügen bzw. eine Anstellungsgenehmigung. Es erscheint uns sinnvoll, dass diese Fachärzte ebenso wie die anderen Fachärzten in der gleichen Praxis an dem Netzverbund teilnehmen können.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Siehe lfd. Nr. 01 DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.	
14	BFLK	DKG/PatV	Diese Position wird unterstützt	s.o., Unterstützung der Bildung kleinerer Netzverbünde	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Begründung: Siehe lfd. Nr. 01.	

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)				<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. allen DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen	
					DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.	
15	BPM	KBV	Übernahme	Komplexe Regelungen zu vollen und halben Versorgungsaufträgen sichern nicht zwingend die Erreichbarkeit der Versorgung im Rahmen der Sprechstundenzeiten ab, die nach BMV-Ä geregelt sind. Deswegen sollten Regelungen formuliert werden, die die Erreichbarkeit der Versorgung aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer schwellenarm möglich macht, unabhängig von Einzel-Festlegungen zu den Versorgungsaufträgen für Ärzte und Psychotherapeuten. Hier sollte die Erreichbarkeit des Teams in den Vordergrund gestellt werden, schließlich handelt es sich um eine vernetzte Versorgung und ausdrücklich nicht um eine Versorgung durch einen einzelnen Akteur im Versorgungsnetz.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)				<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. allen DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen	
				Aus unserer Sicht sollte seitens der fachärztlichen Versorgung mindestens ein voller Versorgungsauftrag eingebracht werden.		
16	ackpa	GKV-SV	ackpa schließt sich der Position des GKV-SV an	Mindestens ein Mitglied der beiden Berufsgruppen sollte potenziell der Versorgung vollumfänglich im Wochenverlauf zur Verfügung stehen, um die persönliche Kontinuität in der Behandlung von Patient:innen gewährleisten zu können, die von schweren Verläufen psychischer Störungen betroffen sind.	GKV-SV/KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Im weiteren Beratungsverlauf wurde eine Anpassung vorgenommen. Siehe lfd. Nr. 01	
19	PIBB		Eigener Vorschlag: Ein FA im Netzverbund verfügt über einen vollen Versorgungsauftrag und ein PT über ½ Versorgungsauftrag	In der Realität verfügt eine relativ hohe Anzahl von Psychotherapeut*innen nur über ½ Versorgungsauftrag. Diese sollten aber dennoch einen Anreiz haben, an einem Netzverbund teilzunehmen und sollten auch die Möglichkeit haben, Bezugstherapeut*in zu werden.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV/KBV: Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. DKG/PatV: Die Anregung der Stellungnehmer wird in der	

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)				<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. allen DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen	
					Position der DKG und der PatV umgesetzt.	
20	DGVT-BV	KBV	Wir schließen uns der Position der KBV an.	Flexibilisierung der Verbünde.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01	
21	DDPP	DKG/PatV	Wir schliessen uns der DKG / PatV an.	Es ist marktgerecht, halbe Versorgungsaufträge zuzulassen, und erhöht die Chance, so einen Netzverbund überhaupt zu ermöglichen.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 1 DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.	
22	DGSP	PatV	Ein Facharzt verfügt über einen vollen und ein Psychotherapeut mindestens über einen halben Versorgungsauftrag. Dem ist zuzustimmen.	Die bisherige Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrages für die bezugsärztliche Tätigkeit von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen erwies sich im ersten Zwischenbericht zur Evaluation als Umsetzungshindernis für die Bildung von Netzverbünden, da diese häufig nicht über volle Versorgungsaufträge verfügen (vgl. Ausführungen zu § 4 Absatz 1).	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01. DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.	

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)				<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. allen DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen	
				Eine Umsetzung wird praktikabler und realistischer.		
23	BDP	KBV	Bestätigung ein Facharzt oder ein Psychotherapeut verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag	Mehr Flexibilität in Richtung Netzwerkgründung möglich: Immer mehr PT Praxen arbeiten mit einem halben Versorgungsauftrag.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01	
24	APK	DKG/PatV	Versorgungsaufträge im Verbund von einer Fachärztin, einem Facharzt und einer Psychotherapeutin, einem Psychotherapeuten sollten sichergestellt sein.	Für den Versorgungsauftrag der Psychotherapeutin, des Psychotherapeuten ist ein halber Versorgungsauftrag ausreichend und wird durch die Vielzahl von halben Versorgungsaufträgen die Chancen der Beteiligung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erhöhen.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01 DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.	
25	DGPM	DKG	Wir halten es für erforderlich, dass im Netzverbund mindestens ein Facharzt über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt. Des Weiteren sollten mindestens ein	Sicherung der Erreichbarkeit, Stabilität und des Krisenmanagement in der Versorgung.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01 DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.	

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)				<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u>	
				GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag.	
				KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. allen	
				DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.	
Lfd. Nr.	Institu- tion	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut mit halben Versorgungsauftrag im Netzverbund vertreten sein.		
26	Diakoni e Dtl.	DKG/ PatV	Die Diakonie Deutschland unterstützt die Position der DKG und der PatV.	Auch diese Reduzierungen sind angesichts der Situation in den Regionen realistischer als die bisherigen Vorgaben und berücksichtigen die Ergebnisse des Zwischenberichts der Evaluation.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01 DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.
28	DGPT	KBV	Wir schließen uns der Haltung der KBV an.	Wir hatten auf die Einbeziehung der hälftigen Versorgungsaufträ-ge bereits in unseren Stellung- nahmen 2021 hingewiesen. In der Position der KBV ist eine kontinuierliche Versorgung ausreichend beschrieben.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01

Paragraphe, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)				<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. allen DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen	
30	BAG Psychiatrie und VKD	DKG/PatV	Ein Facharzt verfügt über einen vollen und ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.	Aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) ist die DKG-/PatV-Formulierung zu präferieren, da flexibler und der aktuellen Versorgungslandschaft/-lage entsprechend.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01 DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.	
31	CBP und DCV	DKG/PatV	Ein Facharzt verfügt über einen vollen und ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechend. Anstellungsgenehmigung.	Bei der Zielgruppe der Richtlinie handelt es sich gerade um schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf handelt. Ein Psychologischer Psychotherapeut kann keine vollumfängliche psychiatrische Behandlung bei dieser Patientengruppe gewährleisten.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01 DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.	

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 Satz 4 (siehe auch: § 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]: Vorgabe voller Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)			<u>Umfang Versorgungsaufträge im Netzverbund:</u> GKV-SV: Ein Facharzt <i>und</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag. KBV: Ein Facharzt <i>oder</i> ein Psychotherapeut im Netzverbund verfügen über einen vollen Versorgungsauftrag. allen DKG/PatV: Ein Facharzt verfügt über einen vollen <i>und</i> ein Psychotherapeut über einen halben Versorgungsauftrag/entsprechende Anstellungsgenehmigung. Halbe Versorgungsaufträge bei den anderen Netzverbund-Mitgliedern sind zulässig.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
32	DPtV	KBV	Zustimmung	Niedrigschwellige Netzbildung. Anteilige Versorgungsaufträge können ebenfalls das gesamte Versorgungsspektrum vorhalten.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§ 3 Absatz 2 (Anforderungen an MVZ und BAG)

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]			<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
01	BPtK	GKV-SV	Die BPtK stimmt der Auffassung des GKV-SV	Die allgemeine Absenkung der quantitativen Anforderungen an die Netzverbünde erleichtert	GKV-SV/PatV: Die Stellungnahme wird zur

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]			<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			grundsätzlich zu, dass auch für Netzverbünde, die aus einem MVZ oder einer BAG bestehen, grundsätzlich dieselben Anforderungen gelten sollten. Um zugleich dem bereits bestehenden Grad von interner Vernetzung zwischen den beteiligten Berufsgruppen Rechnung zu tragen und den Einrichtungen in der personellen Besetzung eine etwas höhere Flexibilität zu ermöglichen, schlägt die BPtK, aufbauend auf dem Vorschlag zu Satz 4, folgende Formulierung von Satz 6 vor: „Abweichend von Satz 4 verfügen MVZ oder BAG über	bereits die Gründung auch in strukturschwächeren ländlichen Regionen. Die interne Vernetzung in MVZ und BAG ist zwar bereits in besonderer Weise vorhanden. Um für schwer psychisch erkrankte Patient*innen das gesamte Leistungsspektrum der ambulanten Komplexbehandlung für schwer psychisch erkrankte Patient*innen vorhalten zu können und Patient*innen in den Netzverbünden neuen Typs immer noch eine gewisse Freiheit bei der Wahl der Fachärzt*in bzw. der Psychotherapeut*in zu ermöglichen, ist es jedoch auch für MVZ und BAG erforderlich, dass jeweils mindestens zwei Fachärzt*innen bzw. Psychotherapeut*innen in dem Netzwerk tätig sind, die psychotherapeutische und psychiatrische Expertise in dem erforderlichen Umfang gesichert ist und zugleich die Anstellungsgenehmigungen für Fachärzt*innen	Kenntnis genommen. Die Versorgung nach der KSVPsych-RL zielt auf eine verbesserte Vernetzung der bereits bestehenden Versorgungsangebote, insbesondere auch über die einzelne Einrichtung hinaus. Es ist davon auszugehen, dass sich der Vernetzungsgrad, insbesondere von kleineren MVZ-Strukturen, ausschließlich auf die eigene Einrichtung fokussiert. Mit einer Absenkung der Anforderungen für Netzverbünde, die aus einem MVZ oder einer BAG bestehen, würde dem

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]			<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			<i>psychotherapeutische und psychiatrische Versorgungsaufträge oder entsprechende Anstellungsgenehmigungen im Umfang von jeweils mindestens einem vollen Versorgungsauftrag.“</i>	und Psychotherapeut*innen berücksichtigt werden.	genannten Ziel der Richtlinie entgegengewirkt. KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV/DKG: Keine Änderung. Begründung: Mitglieder eines MVZ oder einer örtlichen BAG arbeiten unter einem Dach, auf Basis bereits bestehender Rechts- und Kommunikationsstrukturen. Daher kann davon ausgegangen werden, dass ein niedrigschwelliger fachlicher Austausch und eine Zusammenarbeit vor Ort mit einer ggf. geringeren personellen Mindestanforderung in einem ähnlichen Maß möglich ist wie

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]			<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					in einem dezentral angesiedelten Netzwerk, der sich aus mindestens 6 Mitgliedern zusammensetzt.
05	DFPP	KBV/DKG	Wir folgen dem Vorschlag der KBV/DKG allerdings nicht dem Zusatz der KBV, dass ein Vollzeitäquivalent für eine nicht-ärztliche koordinierende Person vorzuhalten ist.	Die DFPP sieht die Gefahr, dass durch die MVZ/BAG diese Aufgabe nicht an die pHKP delegieren kann, weil sie eine nicht-ärztliche Kraft dafür vohalten muss, was wieder zu den anfänglich Schwierigkeiten in der Koordination führen kann.	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV: Die Position wurde überprüft und angepasst. Begründung: siehe lfd. Nr. 01
06	BVDN	KBV/DKG	Übernahme	- BAG (und als Sonderform das MVZ) verfügen schon über eine vernetzte Organisationsstruktur. Ob diese für die Versorgung nach dieser Richtlinie aufgestellt ist, muss die zuständige KV prüfen. - In einer bereits bestehenden Netzstruktur eine BAG können die geforderten Versorgungselemente der Richtlinie schneller und leichter erbracht werden (und diese	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV: Die Position wurde überprüft und angepasst. Begründung: KBV/DKG: Der Anregung der Stellungnehmer zur Festlegung der Präsenz einer nichtärztlichen

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]			<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				werden gerade in diesen Strukturen bereits jetzt oft erbracht i. S. von Team-Beratungen, Fallbesprechungen, Mitbehandlungen durch in der BAG Tätige usw.) – die BAG kann also durchaus als bestehende Einheit multiprofessionelle Versorgung anbieten. • Die Festlegung der Präsenz einer nichtärztlichen koordinierenden Person erscheint folgerichtig.	koordinierenden Person wird nicht gefolgt. In § 5 werden die Voraussetzung und die zuständigen Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten für alle Netzverbünde festgelegt. Da in § 3 Absatz 2 MVZ und BAG unter bestimmten Bedingungen als Netzverbünde deklariert werden, erscheint es nicht erforderlich, separate Anforderungen an die Verfügbarkeit der nichtärztlichen Person festzulegen.
07	BVDP	KBV/DKG	Übernahme	BAG (und als Sonderform das MVZ) verfügen schon über eine vernetzte	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]			<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Organisationsstruktur. Ob diese für die Versorgung nach dieser Richtlinie aufgestellt ist, muss die zuständige KV prüfen. In der bereits bestehenden Netzstruktur einer BAG können die geforderten Versorgungselemente der Richtlinie schneller und leichter erbracht werden. Die BAG kann als bereits bestehende Einheit multiprofessionelle Versorgung anbieten. Die Festlegung der Präsenz einer nichtärztlichen koordinierenden Person erscheint folgerichtig.	KBV: Die Position wurde überprüft und angepasst. Begründung: KBV/DKG: Siehe lfd. Nr. 06.
09	DGPPN	GKV-SV	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von GKV-SV an.	Die DGPPN folgt der Position der GKV-SV. Eine Ausnahme davon ist gegeben, wenn ein MVZ eines von mehreren Mitgliedern im Netzverbund ist und mindestens ein weiteres Mitglied einen vollen Versorgungsauftrag hat.	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV/DKG: Keine Änderung. Begründung: Siehe lfd. Nr. 01.
11	DVGP	GKV-SV	Eine abweichende Anforderung für MVZ und BAG erscheint uns	Eine zusätzliche Anforderung bzgl. der nichtärztlichen koordinierenden Person halten	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]			<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).		
Lfd. Nr.	Institu- tion	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			nicht erforderlich. Allerdings sollten die Anforderungen ohnehin so weit wie möglich gesenkt werden, s. o. Außerdem schlagen wir eine Änderung in § 5 Abs. 1 vor: ¹Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 10 kann durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2 erfolgen. ²Die Koordinationsaufgaben werden dazu entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder	wir für unzumutbar, da es in der Praxis häufig vorkommt, dass Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen die Koordination selbst durchführen, bspw. auch in kleinen Institutsambulanzen. Insbesondere niedergelassene Psychotherapeut:innen wären sonst unnötigerweise durch die Richtlinie gezwungen, eine solche Person anzustellen, um an der Versorgung durch die KSVPsych-RL teilnehmen zu können.	Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Schwer psychisch Erkrankte benötigen oftmals zusätzlich zur Gesundheitsversorgung auch eine rein praktische Anleitung und Unterstützung, daher ist die Koordinationsfunktion bei einer nichtärztlichen Berufsgruppe verortet. KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. Begründung: Siehe lfd. Nr. 01.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]			<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			<i>den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen.</i>		
13	BAPP	KBV/DKG	Wir folgen dem Vorschlag der KBV/DKG allerdings nicht dem Zusatz der KBV, dass ein Vollzeitäquivalent für eine nicht-ärztliche koordinierende Person vorzuhalten ist.	Die BAPP sieht die Gefahr, dass durch die Verpflichtung zur Vorhaltung eines nicht-ärztlichen Vollzeitäquivalents die Einbindung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (pHKP) in die Koordinierungsfunktion unnötig erschwert wird, was dem Ziel einer multiprofessionellen Versorgung zuwiderläuft.	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV: Die Position zum Vollzeitäquivalent für eine nicht-ärztliche koordinierende Person wurde überprüft und angepasst. Begründung: siehe lfd. Nr. 06
14	BFLK	GKV-SV	Die Position wird unterstützt		GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV/DKG: Keine Änderung. Begründung: Siehe lfd. Nr. 01.
15	BPM	KBV/DKG	Übernahme	BAG (und als Sonderform das MVZ) verfügen schon über eine vernetzte	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]			<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Organisationsstruktur. Ob diese für die Versorgung nach dieser Richtlinie aufgestellt ist, muss die zuständige KV prüfen. In der bereits bestehenden Netzstruktur einer BAG können die geforderten Versorgungselemente der Richtlinie schneller und leichter erbracht werden. Die BAG kann als bereits bestehende Einheit multiprofessionelle Versorgung anbieten. Die Festlegung der Präsenz einer nichtärztlichen koordinierenden Person erscheint folgerichtig.	KBV: Die Position wurde überprüft und angepasst. Begründung: KBV/DKG: Siehe lfd. Nr. 06.
16	ackpa	GKV-SV	ackpa unterstützt die Position des GKV-SV	Unterschiedliche Anforderungen würden unterschiedliche Anreize für die Versorgungsform setzen. Insbesondere die persönliche Kontinuität in der Behandlung von Patient:innen, die einer Versorgung nach dieser Richtlinie bedürfen, lässt es wünschenswert erscheinen, dass nicht primär	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV/DKG: Keine Änderung. Begründung: Siehe lfd. Nr. 01.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]			<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Organisationsformen leichter Netzverbünde gründen können als andere.	
18	DVNF		Die Position der GKV-SV wird unterstützt.	Es ist nicht nachvollziehbar, warum für MVZ und BAG andere Bedingungen gelten sollen im Vergleich zu anderen Netzverbünden.	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV/DKG: Keine Änderung. Begründung: Siehe lfd. Nr. 01.
19	PIBB	GKV-SV	GKV: Für MVZs und BAGs gelten dieselben Anforderungen wie für alle Netzverbünde	Siehe unsere Begründung oben. Es geht vorrangig um die Vernetzung in einer Versorgungsregion, nicht um die „Vernetzung“ in einem MVZ oder einer BAG.	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV/DKG: Keine Änderung. Begründung: Siehe lfd. Nr. 01.
20	DGVT-BV	KBV/DKG	Wir teilen die differenzierte Position von KBV/DKG.	Keine Absenkung des Niveaus für MVZ/BAG.	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
21	DDPP	GKV-SV	Wir schliessen uns der Aussage an, dass die MVZ und BAG gleiche Anforderungen wie andere NV erfüllen sollten.	Die Anforderungen sollen insgesamt leichter erfüllbar sein, es erschliesst sich nicht, warum für MVZ geringere Anforderungen gelten sollen.	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV/DKG: Keine Änderung.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]			<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					Begründung: Siehe lfd. Nr. 01.
22	DGSP		Lehnen wir ab (s.o.)	MZV und BAG können nicht alleinige Netzwerkträger sein.	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Verweis auf Würdigung zu § 3 Absatz 2 Satz 1. KBV/DKG: Keine Änderung. Begründung: Siehe lfd. Nr. 01.
23	BDP	GKV-SV	Bestätigung	Vorhandene Strukturen sollten genutzt werden	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
24	APK		Siehe oben		KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV/DKG: Keine Änderung. Begründung: Siehe lfd. Nr. 01.
25	DGPM	GKV-SV	Unterstützung des GKV-SV Vorschlags, das für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für Netzverbünde	Es ist nicht nachvollziehbar warum ein MVZ bzw. BAG mit der Hälfte der Versorgungsaufträge im Vergleich zu Netzverbünden auskommen soll. Wir lehnen	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV/DKG: Keine Änderung.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]			<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				den Vorschlag von KBV/ DKG ab, da wir die Stabilität und Sicherstellung der Versorgung sonst als gefährdet sehen.	Begründung: Siehe lfd. Nr. 01.
26	Diakonie Dtl.	KBV/DKG	Die Diakonie Deutschland teilt die Position der KBV und der DKG.	Die Position wird im Sinne einer so erreichbaren, größeren Flexibilität unterstützt.	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
28	DGPT		BAG (und als Sonderform das MVZ) verfügen schon über eine vernetzte Organisationsstruktur. Ob diese für die Versorgung nach dieser Richtlinie aufgestellt ist, muss die zuständige KV prüfen. Die Festlegung der Präsenz einer nichtärztlichen koordinierenden Person erscheint folgerichtig.	In einer bereits bestehenden Netzstruktur eine BAG können die geforderten Versorgungselemente der Richtlinie schneller und leichter erbracht werden (und diese werden gerade in diesen Strukturen bereits jetzt oft erbracht i. S. von Team-Beratungen, Fallbesprechungen, Mitbehandlungen durch in der BAG Tätige usw.) – die BAG kann also durchaus als bestehende Einheit multiprofessionelle Versorgung anbieten.	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
30	BAG Psychia	KBV/DKG	Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/	Aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) ist die KBV-/DKG-	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 6] [DKG: Satz 7]			<u>Anforderungen an MVZ und BAG:</u> GKV-SV: Feststellung, dass für MVZ und BAG dieselben Anforderungen gelten wie für alle Netzverbünde KBV/DKG: Geringere Anforderungen an MVZ/BAG als an die anderen Netzverbünde: Fachärzte/ Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung (KBV: plus ein Vollzeitäquivalent für eine nichtärztliche koordinierende Person).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
	trie und VKD		Psychotherapeuten mit dem Umfang von mindestens drei vollen Versorgungsaufträgen/entsprechenden Anstellungsgenehmigungen, davon mindestens ein halber psychiatrischer und ein halber psychotherapeutischer Versorgungsauftrag bzw. Anstellungsgenehmigung.	Formulierung zu präferieren, da flexibler und der aktuellen Versorgungslandschaft/-lage entsprechend.	
31	CBP und DCV	KBV/DKG	DCV e.V. unterstützt die Privilegierung der MVZ/BAG im Interesse einer höheren Flexibilität bei der Errichtung von Netzverbünden.		KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3 (Kooperation mit Krankenhaus)

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3			<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzwerk befinden.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
01	BPtK	allen	Die BPtK begrüßt grundsätzlich die vorgeschlagene Lockerung, nach der eine Kooperation mit einem pflichtversorgenden Krankenhaus anzustreben, aber nicht mehr verpflichtend ist. Diese Lockerung sollte jedoch über die von der KBV vorgeschlagene Ausnahmeregelung umgesetzt werden. Die BPtK schlägt dazu vor, dass § 3 Absatz 3 Satz 2 nicht gestrichen wird und in dem Vorschlag der KBV zu Satz 5 die Ausnahmeregelung sich auch auf die Voraussetzungen nach Satz 2 bezieht.	Vor dem Hintergrund der im Zwischenbericht für einzelne Regionen dargelegten Probleme bei der Gründung von Netzwerken die erforderlichen Kooperationsverträge mit nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern zu schließen, ist es geboten, eine Ausnahmeregelung von dem gewünschten Ideal einer Kooperation mit einem pflichtversorgenden Krankenhaus zu treffen. Die vorgeschlagene Regelung übersieht jedoch, dass die notwendige Kooperation mit einem pflichtversorgenden Krankenhaus nicht durch eine Kooperation mit einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen, die quantitativ und qualitativ nicht näher spezifiziert sind, kompensiert werden kann.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Mit der adressierten Änderung der KSVPsych-RL soll eine Erleichterung der Einbindung von Krankenhäusern erreicht werden. Die Kooperation mit einem Krankenhaus ist weiterhin verpflichtend, dieses muss aber nicht mehr in jedem Fall in der Region des Netzwerkes für die regionale Pflichtversorgung zuständig sein, sondern kann sich nunmehr auch nur in räumlicher Nähe befinden. Zusammen mit der in § 3 Absatz 1 vorgeschlagenen Streichung der

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3			<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					verpflichtenden Vorgabe zur Schließung eines Kooperationsvertrages wird der Einbezug der Krankenhäuser deutlich erleichtert und den im Zwischenbericht der Evaluation adressierten Schwierigkeiten begegnet. Grundsätzlich ist eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit aber insbesondere für die Patientengruppe der psychisch schwer erkrankten Patienten und Patientinnen weiterhin wichtig. Im weiteren Beratungsverlauf wurde in § 3 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 ergänzt, dass es sich bei dem kooperierenden Krankenhaus um ein

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3			<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					Krankenhaus mit Kompetenzen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten handelt, die die Anforderungen nach § 2 erfüllen. Mit dieser Regelung soll sichergestellt werden, dass es sich auch im Falle einer Kooperation mit einem Krankenhaus, das nicht die Pflichtversorgung innehat, um geeignete Kooperationspartner für die Versorgung von insbesondere schwer psychisch Erkrankten handelt. KBV/DKG: Vor diesem Hintergrund stellt die Ausnahme-Regelung in Satz 5 ff (im weiteren Beratungsverlauf Satz 4 ff) eine weitere Stufe dar, um die

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3			<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					Bildung von Netzverbünden zu ermöglichen, wenn die beiden anderen Maßnahmen, die Kooperation erleichtern sollen, nicht zum Erfolg führen. Weitere Würdigung siehe dort. GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Gemäß § 13 wird die Richtlinie ergänzend zur ersten orientierenden Evaluation umfassend evaluiert. Anhand dieser Ergebnisse kann dann geprüft werden, inwieweit weitere Umsetzungshindernisse bestehen und weitere Möglichkeiten zum Einbezug der Krankenhäuser eröffnet werden sollten.
05	DFPP	allen	Die DFPP folgt dem Vorschlag die Vorgaben zu lockern.	Wir sehen momentan nicht, dass sich in den betreffenden Regionen / Landkreisen die Krankenhäuser eine Kooperation anstreben,	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3			<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				da sie in dem Netzwerkverbund keinen Vorteil für sich sehen. Wenn allerdings die Gründung des Netzverbundes abhängt, sollte es <i>angestrebt</i> werden. Dies gilt ebenso für die räumliche Nähe, damit teilnehmende KH überhaupt dem Netzverbund zur Verfügung stehen.	Regelung intendiert eine Erleichterung der Einbindung von Krankenhäusern. Die Kooperation mit einem Krankenhaus ist weiterhin verpflichtend, dieses muss aber nicht mehr in jedem Fall in der Region des Netzverbundes für die regionale Pflichtversorgung zuständig sein, sondern kann sich nunmehr auch nur in räumlicher Nähe befinden. DKG: Es wird ein gestuftes System des Einbezugs an Krankenhäusern vorgesehen.
06	BVDN	allen	Übernahme	• Es handelt sich um Regelungen zur vernetzten Versorgung im vertragsärztlichen Bereich – die Erzwingung der Kooperation mit einer Klinik ist hier nicht sinnvoll • Nach bestehender Richtlinie haben in vielen Regionen Deutschlands sich in Gründung	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. DKG: siehe laufende Nr 05.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3			<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				befindende Netzverbünde kein Krankenhaus gefunden, welches zur Kooperation bereit war – damit war diese Festlegung ein wesentlicher Verhinderungsgrund für die Netzwerkgründung. • Bei erklärter Bereitwilligkeit zur Kooperation mit einem Netzverbund soll es Krankenhäusern möglich sein, dies zu leben.	
07	BVDP	allen	Übernahme	Es handelt sich um Regelungen zur vernetzten Versorgung im vertragsärztlichen Bereich – die Erzwingung der Kooperation mit einer Klinik ist hier nicht sinnvoll. Nach bestehender Richtlinie haben in vielen Regionen Deutschlands sich in Gründung befindende Netzverbünde kein Krankenhaus gefunden, welches zur Kooperation bereit war – damit war die zwingende Kooperation mit einem Krankenhaus ein ganz wesentlicher Verhinderungsgrund für die Netzwerkgründung. Grundsätzlich ist die sektorübergreifende Kooperation mit stationären und	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. DKG: siehe laufende Nr 05.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3			<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				teilstationären Angeboten im Rahmen dieser Richtlinie erstrebenswert. Ggf lassen sich Anreize für den stationären Sektor schaffen, um sich in einem größeren Umfang an der Versorgung nach dieser Richtlinie zu beteiligen.	
09	DGPPN	allen	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von allen an.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
10	bvvp	allen	Zustimmung, da sachgerecht.	<i>Aus der Evaluation: Fast die Hälfte der Befragten (48 %) berichtete, dass sie oft oder immer die Rückmeldung erhalten habe, dass nicht ausreichend Krankenhäuser mit einer regionalen psychiatrischen Pflichtversorgung bereit waren, im Rahmen eines formalen Kooperationsvertrages, am Netzverbund teilzunehmen. Man darf dies also nicht zur Bedingung machen.</i>	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
11	DVGP	allen	Wir begrüßen die Änderung.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3			<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
12	BAG-GPV	allen	Dies ist zu begrüßen.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
13	BAPP	allen	Die BAPP folgt dem Vorschlag die Vorgaben zu lockern.	Wir sehen momentan nicht, dass sich in den betreffenden Regionen / Landkreisen die Krankenhäuser eine Kooperation anstreben, da sie in dem Netzwerkverbund keinen Vorteil für sich sehen. Die Kooperation sollte, sofern möglich, angestrebt werden – insbesondere dann, wenn die Gründung des Netzverbundes davon abhängig gemacht wird. Eine räumliche Nähe ist dabei wünschenswert, um eine funktionale Zusammenarbeit sicherzustellen.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 05.
14	BFLK	allen	Die Position wird unterstützt	Evtl. mangelndes Interesse der KH darf nicht zum Hindernis werden.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Mit der adressierten Änderung der KSVPsych-RL soll eine Erleichterung der Einbindung von Krankenhäusern erreicht werden. Die Kooperation mit einem Krankenhaus ist

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3			<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					weiterhin verpflichtend, dieses muss aber nicht mehr in jedem Fall in der Region des Netzverbundes für die regionale Pflichtversorgung zuständig sein, sondern kann sich nunmehr auch nur in räumlicher Nähe befinden. GKV-SV/DKG/PatV: Durch die von allen Bänken und der PatV befürwortete Streichung der Vorgabe eines verpflichtenden Abschlusses eines Kooperationsvertrages werden voraussichtlich bereits große Hürden in der Zusammenarbeit abgebaut werden. GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Bei den im ersten Zwischenbericht zur Evaluation dargestellten Schwierigkeiten, mancherorts

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3			<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					Krankenhäuser zu einer Kooperation zu gewinnen, kann nicht grundsätzlich von mangelndem Interesse der Häuser ausgegangen werden. Die derzeitigen Rahmenbedingungen sehen momentan im Grunde kaum Anreize für die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern vor. Demgegenüber sind die formellen Hürden, auch mit der Verpflichtung zum Abschluss eines verbindlichen Kooperationsvertrages hoch. Dennoch ist eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit insbesondere für die Patientengruppe der schwer

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3			<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					psychisch erkrankten wesentlich. DKG: Es wird ein gestuftes System des Einbezugs an Krankenhäusern vorgesehen.
15	BPM	allen	Übernahme	Es handelt sich um Regelungen zur vernetzten Versorgung im vertragsärztlichen Bereich – die Erzwingung der Kooperation mit einer Klinik ist hier nicht sinnvoll. Nach bestehender Richtlinie haben in vielen Regionen Deutschlands in Gründung befindende Netzverbünde kein Krankenhaus gefunden, welches zur Kooperation bereit war – damit war die zwingende Kooperation mit einem Krankenhaus ein ganz wesentlicher Verhinderungsgrund für die Netzwerkgründung. Grundsätzlich ist die sektorübergreifende Kooperation mit stationären und teilstationären Angeboten im Rahmen dieser Richtlinie erstrebenswert. Ggf lassen sich Anreize für den stationären Sektor schaffen, um sich in einem größeren Umfang	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. DKG: siehe laufende Nr. 05.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3			<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				an der Versorgung nach dieser Richtlinie zu beteiligen.	
16	ackpa	allen	ackpa unterstützt diese Veränderung nicht	Korrespondierend mit dem Konzept der Regionalen Verantwortung ist ein Netzverbund, der nicht zwingend mit der pflichtversorgenden Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie kooperiert, inhaltlich gerade für die beschriebene Patient:innengruppe nicht vertretbar.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die Regelung intendiert eine Erleichterung zur Etablierung von Netzverbünden in Bezug auf die Einbindung von Krankenhäusern. Die Kooperation mit einem Krankenhaus ist weiterhin verpflichtend, dieses muss aber nicht mehr in jedem Fall in der Region des Netzverbundes für die regionale Pflichtversorgung zuständig sein, sondern kann sich nunmehr auch nur in räumlicher Nähe befinden. Die Tragenden Gründe führen aus, dass in diesem Fall

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3			<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					sichergestellt werden sollte, dass in der kooperierenden Klinik entsprechende Kompetenzen bei der Behandlung schwer psychisch erkrankter Menschen vorhanden ist.
18	DNVF	allen	- Die Vorgabe „Kooperation mit Krankenhaus“ sollte nicht gelockert werden, sondern zunächst eine wissenschaftliche Untersuchung angestrebt werden, warum es möglicherweise nicht gelingt, ausreichend Krankenhäuser für die Netzverbünde zu gewinnen. - Der Hinweis auf die räumliche Nähe des Krankenhauses ist im Sinne der wohnortnahen Versorgung sehr zu begrüßen.	- Die Sektorisierung im deutschen Gesundheitswesen ist ein zentrales Hindernis für die Versorgung gerade schwer psychisch kranker Versicherter mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege 2018; Regierungskommission 2023; Wiegand 2020). - Die Einbeziehung von Krankenhäusern aufzugeben, die ja einen vereinfachten Informationsaustausch und Absprachen beinhaltet, ist für eine verbesserte Versorgung dieser Gruppe daher als hochgradig hinderlich anzusehen.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 16.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3			<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				- Wenn es nicht gelingt, ausreichend wohnortnahe Krankenhäuser für Netzwerke zu gewinnen, sollten erst die Gründe in einer Studie erforscht (Anreizprobleme? Datenschutz? IT-Infrastruktur? ...) und anschließend eine Anpassung der RL derart diskutiert werden, damit es gelingt, die Krankenhäuser zu gewinnen, statt dieses Kriterium aufzugeben.	
19	PIBB	allen	Zustimmung	Da es immer um die regionale Vernetzung geht, gilt dieses Prinzip der Regionalität auch für die Kooperation mit einem Krankenhaus.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
20	DGVT-BV	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
22	DGSP	allen	Wir begrüßen die Lockerung.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
23	BDP	allen	Zustimmung	Sinnvoll um Realisierbarkeit zu erhöhen	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3			<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
24	APK	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
25	DGPM	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
28	DGPT	allen	Es ist bedauerlich, dass sich bei Netzgründungen vielfach kein Krankenhaus zur Kooperation bereit fand. Bei erklärter Bereitwilligkeit zur Kooperation mit einem Netzverbund soll es Krankenhäusern möglich sein, dies zu leben.	Nach bestehender Richtlinie haben in vielen Regionen Deutschlands sich in Gründung befindende Netzverbünde kein Krankenhaus gefunden, welches zur Kooperation bereit war – damit war diese Festlegung ein wesentlicher Verhinderungsgrund für die Netzwerkgründung.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 14.
30	BAG Psychiatrie und VKD	allen	Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern anzustreben; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.	Anpassung aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) sinnvoll. Eine Verpflichtung ist zu restriktiv und verhindert u.U. die Bildung funktionierender Netzverbünde.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 2 und 3			<u>Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgaben werden gelockert: Die Kooperation mit einem Pflichtversorgungs-Krankenhaus ist nicht mehr verpflichtend, sondern <i>anzustreben</i> ; das kooperierende Krankenhaus muss sich in räumlicher Nähe zum Netzverbund befinden.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
32	DPtV	allen	Zustimmung	Niedrigschwellige Praktikabilität Kooperationen mit stationären Einrichtungen kann auch ohne eine vertragliche Bindung der stationären Einrichtung im für die Versorgung der Patient*innen notwendigen Umfang gestaltet werden.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§ 3 Absatz 3 Satz 5 – 7 (KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus)

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7			<u>KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
01	BPtK	KBV	Die BPtK schlägt vor, in Modifikation des Vorschlags der KBV § 3 Absatz 3 Satz 5 wie folgt zu fassen:	Für die Krisenversorgung von schwer psychisch erkrankten Patient*innen kommt den Krankenhäusern, die für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig sind, eine zentrale Bedeutung zu. Dies kann	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmerin wird teilweise gefolgt.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7			KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus: Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			<i>„Die Voraussetzungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 gilt nicht, wenn der Netzverbund trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation mit ihm bereites, für die regionale Pflichtversorgung zuständiges Krankenhaus finden konnte.“</i>	nicht in gesicherter Weise durch nach § 108 zugelassene Krankenhäuser kompensiert werden, die lediglich über psychiatrische oder psychosomatische Einrichtungen verfügen und ggf. ausschließlich geplante Krankenhausbehandlungen bei schwer psychisch erkrankten Patient*innen durchführen. Zugleich sollten die regional pflichtversorgenden Krankenhäuser über kein „Vetorecht“ verfügen, mit dem der Aufbau der ambulanten Komplexbehandlung von einer Einrichtung verhindert werden könnte. Daher sollte es den Netzverbünden ermöglicht werden, eine Anerkennung zu erhalten, soweit sie das ernsthafte Bemühen um eine Kooperation mit den regional relevanten pflichtversorgenden Krankenhäusern nachweisen können und ein Konzept vorlegen können, wie dennoch die jederzeitige Betreuung von Patient*innen in Krisen gemäß § 6 Absatz 1 Nummer 8 gewährleistet werden kann. Satz 2 ist dabei grundsätzlich verzichtbar,	Begründung: Die Kooperation mit einem Krankenhaus gemäß Satz 1, Nummer 1 i.V.m. den Sätzen 2 und 3 bleibt verpflichtend. Die Ausnahme-Regelung in Satz 5 ff (im weiteren Beratungsverlauf Satz 4 ff) stellt eine weitere Stufe dar, um die Bildung von Netzverbünden zu ermöglichen, wenn die beiden anderen Maßnahmen, die die Kooperation erleichtern sollen – die Streichung einer vertraglichen Vereinbarung sowie die Öffnung nach den Sätzen 2 und 3 - nicht zum Erfolg führen. Darüber hinaus ist als weitere Maßnahme konkretisiert, mit welchen Informationen die Kooperationsanfrage erfolgt.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7			KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus: Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				da die räumliche Nähe bei den für die regional psychiatrische Pflichtversorgung zuständigen Krankenhäusern ohnehin stets gewährleistet ist.	Die Position wurde im Beratungsverlauf dahingehend angepasst, die Ausnahme auf maximal 5 Jahre zu befristen.
05	DFPP	KBV	Die DFPP kann der Argumentation folgen.	Der geforderte Krisendienst kann durch eine verlängerte Versorgung durch pHKP ohne Probleme vorgehalten werden, wenn der Vorschlag der DFPP diesbezüglich in Betracht gezogen werden kann, da jeder psychiatrischer Fachpflegedienst gemäß § 132a eine Krisenbetreuung vorhält, d.h. es kann auf bestehende Ressourcen zurückgegriffen werden, auch ohne Krankenhaus.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
06	BVDN	KBV	Übernahme	Hier muss überlegt werden, ob dem in Gründung befindlichen Netzverbund im vertragsärztlich-vertragspsychotherapeutischen Bereich zugemutet werden muss, sich ernsthaft um eine Kooperation mit einem Krankenhaus zu bemühen – in der Anhörung schilderten die Netzverbünde von vielfachen Gesprächsbemühungen ohne Resonanz und	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7			KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus: Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				zahllosen Anschreiben an Kliniken ohne Antwort bzw. ohne konkrete Zusage der Kooperation – das war häufig einen „Hinhalte-Taktik“ • Das Anzeigen der Netzverbundgründung durch die vertragsärztlich7 - psychotherapeutischen Akteure an die in der Versorgungsregion befindlichen Krankenhäuser mit dem Angebot der Kooperation ist hier ein pragmatischerer Ansatz. • Notfall und Krisenversorgung ist auch in Kliniken erforderlich, die nicht zu den kooperierenden Kliniken gehören – hier gilt das Prinzip der Versorgungsverpflichtung in einer Region.	
07	BVDP	KBV	Übernahme	Aufgrund der bisherigen großen Zurückhaltung der Krankenhäuser bzw deren Träger gegenüber der teilnahme an der Versorgung dieser Richtlinie muß grundsätzlich bezweifelt werden, ob dem in Gründung befindlichen Netzverbund im vertragsärztlich-	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7			<u>KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus:</u> Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				vertragspsychotherapeutischen Bereich zugemutet werden muss, sich ernsthaft um eine Kooperation mit einem Krankenhaus zu bemühen – in der Anhörung schilderten die Netzverbünde von vielfachen Gesprächsbemühungen ohne Resonanz und zahllosen Anschreiben an Kliniken ohne Antwort bzw. ohne konkrete Zusage der Kooperation – das war häufig einen „Hinhalte-Taktik“. Das Anzeigen der Netzverbundgründung durch die gründenden Akteure an die in der Versorgungsregion befindlichen Krankenhäuser mit dem Angebot der Kooperation ist hier ein pragmatischerer Ansatz. Notfall und Krisenversorgung ist auch in Kliniken erforderlich, die nicht zu den kooperierenden Kliniken gehören – hier gilt das Prinzip der Versorgungsverpflichtung in einer Region.	

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7			KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus: Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
09	DGPPN	KBV	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen der KBV an.	Hier muss überlegt werden, ob dem in Gründung befindlichen Netzverbund im vertragsärztlich-vertragspsychotherapeutischen Bereich zugemutet werden muss, sich ernsthaft um eine Kooperation mit einem Krankenhaus zu bemühen – in der Anhörung schilderten die Netzverbünde von vielfachen Gesprächsbemühungen ohne Resonanz und zahllosen Anschreiben an Kliniken ohne Antwort bzw. ohne konkrete Zusage der Kooperation – das war häufig einen „Hinhaltetaktik“ Das Anzeigen der Netzverbundgründung durch die vertragsärztlich ⁷ -psychotherapeutischen Akteure an die in der Versorgungsregion befindlichen Krankenhäuser mit dem Angebot der Kooperation ist hier ein pragmatischerer Ansatz. Notfall und Krisenversorgung ist auch in Kliniken erforderlich, die nicht zu den kooperierenden Kliniken gehören – hier gilt das	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7			KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus: Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Prinzip der Versorgungsverpflichtung in einer Region.	
10	bvvp	KBV	Sachgerecht	Das Bemühen sollte stattgefunden haben. Die Dokumentation der Weigerung der Kliniken ist wichtig für weitere Evaluationen. Auch wenn die Klinik nicht kooperiert, muss man den adressierte Patient*innen eine Versorgung obsei Krisen sichergestellt werden. Hilfreich könnte eine Vorlage für ein etnsprechendes Konzept sein.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
11	DVGP	KBV	Wir begrüßen die vorgeschlagene Ausnahmeregel.	Die Kooperation mit einem Krankenhaus mit Versorgungsverpflichtung ist zwar zweckmäßig, aber Netzverbünde sollten mit ihrer ambulanten Versorgung nicht an deren Fehlen scheitern.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
12	BAG-GPV	KBV	Ein Zeitraum von 3 Monaten erscheint uns hierbei als zu kurz gefasst. Mitunter kann es schwierig sein, ein Krankenhaus am Verbund zu beteiligen. Das Bemühen sollte sich über einen längeren Zeitraum erstrecken	Grundsätzlich sollten Krankenhäuser verpflichtend beteiligt werden, aber Ausnahmen sollten unter bestimmten Bedingungen möglich sein. In diesen Fällen sollte ein zwingendes Konzept inkl. einer stimmigen Krisenversorgung außerhalb des	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7			KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus: Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			können. Das geforderte Konzept zur Krisenversorgung ist zu begrüßen.	Krankenhauses gegeben sein. Eine regelmäßige Evaluation ist zwingend.	
13	BAPP	KBV	Die BAPP kann der Argumentation folgen.	Die pHKP kann im Rahmen einer erweiterten Versorgung einen qualifizierten Krisendienst bereitstellen, wie er gemäß § 132a SGB V bereits vielerorts implementiert ist. Bestehende Strukturen können somit genutzt werden, um Versorgungslücken bei fehlender Krankenhauskooperation zu schließen.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
14	BFLK	KBV	Die Position wird nicht unterstützt	s.o. es wird die Position der „angestrebten Position“ unterstützt	KBV: Der Stellungnahme wird nicht gefolgt. Begründung: siehe lfd. Nr. 01
15	BPM	KBV	Übernahme	Aufgrund der bisherigen großen Zurückhaltung der Krankenhäuser bzw deren Träger gegenüber der Teilnahme an der Versorgung dieser Richtlinie muss grundsätzlich bezweifelt werden, ob dem in Gründung befindlichen Netzwerkverbund im vertragsärztlich-vertragspsychotherapeutischen Bereich zugemutet werden muss, sich ernsthaft um eine Kooperation mit einem Krankenhaus zu	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7			KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus: Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				bemühen – in der Anhörung schilderten die Netzverbünde von vielfachen Gesprächsbemühungen ohne Resonanz und zahllosen Anschreiben an Kliniken ohne Antwort bzw. ohne konkrete Zusage der Kooperation – das war häufig eine „Hinhaltetaktik“. Das Anzeigen der Netzverbundgründung durch die gründenden Akteure an die in der Versorgungsregion befindlichen Krankenhäuser mit dem Angebot der Kooperation ist hier ein pragmatischerer Ansatz. Notfall- und Krisenversorgung ist auch in Kliniken erforderlich, die nicht zu den kooperierenden Kliniken gehören – hier gilt das Prinzip der Versorgungsverpflichtung in einer Region.	
16	ackpa	KBV	ackpa unterstützt den Vorschlag der KBV nicht	Korrespondierend mit dem Konzept der Regionalen Verantwortung ist ein Netzverbund, der nicht zwingend mit der pflichtversorgenden und den in der Region vernetzten Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie kooperiert,	KBV: Der Stellungnahme wird nicht gefolgt. Begründung: siehe lfd. Nr. 01

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7			KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus: Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				inhaltlich gerade für die beschriebene Patient:innengruppe nicht vertretbar.	
18	DNVF	KBV	Siehe oben: Dieser Änderungsvorschlag erscheint in Bezug auf eine Verbesserung der Versorgungssituation nicht sinnvoll.	- Siehe oben: Es fehlt eine systematische Untersuchung der Ursachen, warum keine Krankenhäuser gefunden werden. - „Ernsthaftes Bemühen“ ist nicht messbar und damit keine sinnvolle Formulierung.	KBV: Der Stellungnahme wird teilweise gefolgt. Keine Änderung. Begründung: Im Rahmen der Evaluation der Richtlinie zeigte sich innerhalb der Befragung der Kassenärztlichen Vereinigungen und beratenden Fachausschüsse, dass knapp die Hälfte der potenziell Teilnehmenden berichtet haben, dass nicht ausreichend Krankenhäuser mit einer regionalen psychiatrischen Pflichtversorgung im Rahmen eines formalen Kooperationsvertrages bereit waren, am Netzverbund teilzunehmen (vgl. Zwischenbericht, S. 33). Da in

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7			<u>KBV:</u> Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus: Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					der Praxis oftmals bereits informelle Kooperationen zwischen dem vertragsärztlichen Bereich und den Krankenhäusern existieren bzw. häufig ein guter Austausch über die Sektorengrenzen hinweg besteht, sollen Netzverbünde nicht gänzlich von der Möglichkeit der Versorgung nach der Richtlinie ausgeschlossen werden, wenn diese sich aktiv um eine Kooperation mit einem Krankenhaus bemüht haben, aber kein zur Kooperation bereites nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7			KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus: Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					finden konnten. Anstelle von ernsthaftem Bemühen ist in Satz 5 ff aktives Bemühen konkretisiert und im Rahmen der Genehmigung nach § 3 Absatz 9 nachzuweisen. Siehe auch lfd. 01
19	PIBB	KBV	KBV Regelung	Krankenhäuser, die nicht kooperieren wollen, sollten nicht die Möglichkeit haben, auf die Weise die Gründung eines Netzverbands verhindern. Ein Zeitraum von 3 Monaten erscheint angemessen, um in Gesprächen etwaige Bedenken des Krankenhauses auszuräumen.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01
20	DGVT-BV	KBV	Zustimmung	Zur Sicherung der Umsetzung der Richtlinie insbesondere in schwach versorgten Gebieten.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
21	DDPP	KBV	Wir schliessen uns der Änderung der KBV an.	Wir gehen davon aus, dass die erforderte Kooperation mit dem Krankenhaus wohl oft blockierend gewirkt hat. Die Versorgungsverpflichtung gilt ja in jedem Fall. KBV-Position erscheint daher angemessen.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7			KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus: Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
22	DGSP	KBV	Alternativ ein Konzept für Krisendienste vorzuhalten, ist zu befürworten. Ein Zeitraum von 3 Monaten erscheint dabei als sehr kurz gefasst. Es kann schwierig sein, ein Krankenhaus am Verbund zu beteiligen. Das Bemühen sollte sich über einen längeren Zeitraum erstrecken können.	Grundsätzlich sollten Krankenhäuser verpflichtend beteiligt werden, aber Ausnahmen müssen unter bestimmten Bedingungen ermöglicht werden. In solchen Fällen sollte ein zwingendes Konzept inkl. einer passenden Krisenversorgung außerhalb des Krankenhauses gegeben sein. Eine regelmäßige Evaluation ist zwingend.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird teilweise gefolgt. Begründung: siehe lfd. Nr. 01.
23	BDP	KBV	Befürwortung	Kann Realisierbarkeit in strukturschwachen Regionen erhöhen	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
24	APK	KBV	Keine Zustimmung	Die Kooperation mit dem Krankenhaus ist eine wichtige Säule der KSVPsych-RL.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. Begründung: Siehe lfd. Nr. 1.
25	DGPM	KBV	Die DGPM erachtet die Kooperation mit einem Krankenhaus für das zu behandelnde Patienten Klientel für erforderlich. Die	Grundlage und Ziel der Richtlinie ist eine sektorenübergreifende und interdisziplinäre Komplexleistung sicherzustellen. Dies setzt die Kooperation mit mindestens einem Krankenhaus im Netzverbund bzw. in räumlicher Nähe zum Netzverbund voraus. Ein	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. Begründung: Siehe lfd. Nr. 01.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7			KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus: Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			Ausnahmeregelung der KBV wird abgelehnt.	guter Austausch über die Sektorengrenzen hinweg ist Voraussetzung, um eine angemessene Qualität der Behandlung zu sichern.	
28	DGPT	KBV	Wir stimmen der Haltung der KBV zu.		KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
31	CBP und DCV	KBV	Die Position der KBV wird unterstützt.	Es ist im Interesse des Abbaus von Hürden zur Errichtung eines Netzverbundes begrüßenswert, die Kooperation mit einem Krankenhaus nicht mehr verpflichtend vorzuschreiben. Für den Fall, dass eine solche Kooperation nicht gelingt, muss trotzdem sichergestellt sein, dass es eine suffiziente Krisenbetreuung gibt. Ein Nachweis, sowohl der erfolglosen Bemühungen um die Kooperation mit einem Krankenhaus, als auch über ein Krisenkonzept sind ein guter Weg, um sicherzustellen, dass eine Krisenversorgung im Netzverbund gewährleistet werden kann.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 3 Satz 5 - 7			KBV: Ausnahmeregel von Kooperation mit Krankenhaus: Die Vorgabe der Kooperation mit Krankenhaus gilt nicht, wenn trotz ernsthaften Bemühens innerhalb von 3 Monaten kein zur Kooperation bereites Krankenhaus gefunden werden konnte. In diesem Fall sind ein entsprechender Nachweis und ein Konzept für Krisenbetreuung vorzulegen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
32	DPtV	KBV	Zustimmung	In begründeten Ausnahmefällen müssen Abweichungen möglich sein, zugunsten der Ermöglichung von Netzverbünden	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§ 3 Absatz 6 (Anpassung Wortlaut)

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 6			Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPtK		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
01	BPtK	allen	Die BPtK begrüßt die Anpassung des Wortlautes an die Titel der beiden Musterweiterbildungsordnungen der Bundespsychotherapeutenkammer.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
05	DFPP	allen	Die DFPP folgt der Ausführung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
06	BVDN	allen	Übernahme	Dies ist folgerichtig.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 6			Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPtK		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
07	BVDP	allen	Übernahme	Dies ist folgerichtig.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
09	DGPPN	allen	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von allen an.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
11	DVGP	allen	Die Anpassung wird begrüßt.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
13	BAPP	allen	Die BAPP folgt der Ausführung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
14	BFLK	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
15	BPM	allen	Übernahme	Dies ist folgerichtig	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
16	ackpa	allen	ackpa unterstützt den Vorschlag aller.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
19	PIBB	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 6			Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPtK		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
20	DGVT-BV	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
22	DGSP	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
23	BDP	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
24	APK	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
25	DGPM	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
28	DGPT	allen	Es handelt sich um eine folgerichtige Anpassung.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
30	BAG Psychiatrie und VKD	allen	ok	Siehe Musterweiterbildungsordnungen der BPtK	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
32	DPtV	allen	Zustimmung	sachgerecht	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 6			Anpassung des Wortlautes an den Titel der Musterweiterbildungsordnungen der BPtK		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
33	bpa	allen	Diese Regelung wird ausdrücklich begrüßt.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§ 3 Absatz 9 (Lockerung: Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend)

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6] , § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertrags-partner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertrags-partner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4			Lockerung: Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend: Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
01	BPtK	allen	Die BPtK begrüßt die vorgeschlagenen Änderungen, mit denen insbesondere die Verpflichtung entfällt, Netzverbundverträge abzuschließen und den	Die vorgeschlagenen Änderungen sind insbesondere geeignet, den Prüfaufwand in den zuständigen KVen zu reduzieren. Inwieweit dadurch rechtlich für die Leistungserbringer*innen tatsächlich eine andere Ausgangslage resultiert und die Notwendigkeit von	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Mit der vorgenommenen Anpassung wird die verpflichtende Vorgabe einer formellen rechtlichen Bindung in Form eines Netzverbundvertrages

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6] , § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertrags-partner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertrags-partner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4				<u>Lockerung: Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.	
Lfd. Nr.	Institu- tion	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			zuständigen KVen zur Prüfung vorzulegen, mit der insbesondere der Prüfaufwand in den zuständigen KVen reduziert werden könnte.	Vertragsschlüssen, Haftungsrisiken oder Probleme bei der Weiterleitung von Vergütungen reduziert werden – wesentliche organisatorische Gründe für die Nicht-Teilnahme, die im Rahmen der Evaluation genannt wurden (siehe u. a. Seite 29 des Zwischenberichts) – erscheint jedoch fraglich und sollte einer erneuten rechtlichen Prüfung zugeführt und in den Tragenden Gründen dargelegt werden.	gestrichen und damit ein berichtetes (zentrales) Hemmnis aus dem Zwischenbericht zur Evaluation der Richtlinie aufgegriffen. Es obliegt nun den Teilnehmenden, in welcher Form sie die für die Genehmigung des Netzverbunds erforderliche Vereinbarung schließen (bspw. in Form eines Netzverbundvertrages oder einseitigen Erklärungen). Der G-BA hat mit § 13 KSVPsych-RL eine Evaluation der Regelungen der KSVPsych-RL innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten vorgesehen. Die Evaluation wird in zwei Aufträgen bearbeitet. Im Rahmen des Evaluationsauftrages I wurden Strukturdaten zu den Netzverbünden

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6] , § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertrags-partner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertrags-partner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4				<u>Lockerung: Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					sowie Gründe der Nicht-Teilnahme an der KSVPsych-Versorgung erhoben (vgl. Zwischenbericht „Rückmeldungserstattung über die Umsetzung der Regelungen zur Bildung von Netzverbünden 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“). Auf Basis der in der Richtlinie festgelegten Ziele der KSVPsych-Versorgung und der in

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6] , § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertrags-partner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertrags-partner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4				<u>Lockerung: Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					den Tragenden Gründen bereits skizzierten Fragestellungen wird – auch unter Berücksichtigung der mit diesem Beschluss einhergehenden Anpassungen an der Richtlinie – zu einem späteren Zeitpunkt der Evaluationsauftrag II bearbeitet.
05	DFPP	allen	Die DFPP stimmt der Ausführung nicht zu	Es sollte auf jeden Fall ein Netzverbundvertrag abgeschlossen werden, damit sich die Leistungserbringer gegenseitig vertraglich verpflichten.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
06	BVDN	allen	Übernahme	Die Erleichterung der Netzverbundgründung durch Wegfall der Vertragsbindungen ist zu begrüßen.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
07	BVDP	allen	Übernahme	Die Erleichterung der Netzverbundgründung durch Wegfall der Vertragsbindungen ist zu begrüßen.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6] , § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertrags-partner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertrags-partner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4				<u>Lockerung: Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
09	DGPPN	allen	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von allen an.	Die Erleichterung des Nachweises der Vernetzungsvoraussetzungen ist zu begrüßen! Damit wird ein starker Hinderungsgrund der ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen zur verbindlichen Vernetzung ausgeräumt	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
10	bvvp	allen	Bedingte Zustimmung, denn die Formulierung lässt viel Interpretationsraum offen. Netzverbund ohne Vertrag: was bedeutet das genau? Eine Lockerung des hohen bürokratischen Aufwands ist dringend notwendig. Die wichtige Haftungsfrage bleibt ungeklärt.	<i>Aus der Evaluation: Rund 94% der Befragten geben an, dass sie oft oder immer die Rückmeldung erhalten, die Gründung eines Netzverbunds werde als zu kompliziert eingeschätzt (s. Abb. 14, Frage 4). Darüber hinaus geben rund 92 % der Befragten an, dass die potenziell Teilnehmenden oft oder immer einen hohen formalen bürokratischen Aufwand mit einem Beitritt verbinden</i>	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die zivilrechtlichen, insbesondere haftungsrechtlichen Regelungen bleiben unberührt. Der G-BA hat hierfür keine Regelungskompetenz.

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6] , § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertrags-partner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertrags-partner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4				<u>Lockerung: Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				<i>Rund 79 % der Befragten gaben an, dass sie oft oder immer Rückmeldungen von potenziell Teilnehmenden bekommen haben, dass Sorgen hinsichtlich Risiken (z.B. Haftungsrisiken, Bürokratie) für die eigene Praxis bestehen.</i> Es ist sicherlich entlastend, wenn keine umfangreichen Verträge mehr aufgesetzt werden müssen und die KVen auch nicht mehr prüfen müssen. Die entscheidende Frage nach der rechtlichen Haftung ist aber weiterhin nicht geklärt. So könnte jeder Art der ärztlich-psychotherapeutischen Zusammenarbeit eine GbR mit gegenseitiger Haftung bedeuten, auch ohne expliziten Vertrag. Es wäre sehr	

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6] , § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertrags-partner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertrags-partner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4				<u>Lockerung: Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				hilfreich, wenn hierzu eine Klarstellugn durch den G-BA erfolgen könnte.	
11	DVGP	allen	Die Lockerung wird begrüßt.	Erfahrungen mit Gemeindepsychiatrischen Verbünden zeigen, dass eine qualitativ hochwertige Verbundversorgung auch ohne formelle Verträge mit ihren weitreichenden juristischen Implikationen möglich ist.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
12	BAG-GPV	allen	Zustimmung	Eine verbindliche Kooperationsvereinbarung im Sinne der BAG GPV sollte ausreichend sein.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
13	BAPP	allen	Die BAPP stimmt der Ausführung nicht zu	Es sollte auf jeden Fall ein Netzverbundvertrag abgeschlossen werden, damit sich die Leistungserbringer gegenseitig vertraglich verpflichten.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Zur Erleichterung der Gründung von Netzverbünden wird auf die Vorgabe eines Vertragsabschlusses verzichtet.
14	BFLK	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6] , § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertrags-partner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertrags-partner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4				<u>Lockerung: Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
15	BPM	allen	Übernahme	Die Erleichterung der Netzverbundgründung durch Wegfall der Vertragsbindungen ist zu begrüßen.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
16	ackpa	allen	ackpa unterstützt den Vorschlag aller.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
19	PIBB	allen	Es muss geklärt werden, wie die Regelung bei <u>bestehenden</u> Netzverbünden sein soll.	Eine Schlechterstellung bestehender Netzverbünde sollte vermieden werden.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Bestehende Netzverbundverträge bleiben weiterhin gültig.
20	DGVT-BV	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
22	DGSP	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6] , § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertrags-partner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertrags-partner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4				<u>Lockerung: Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
23	BDP	allen	Zustimmung mit dem Hinweis Haftungsrechtliche Fragen zu klären, wenn kein Vertrag besteht.	Erhöht Realisierbarkeit	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Jeder Beteiligte wird im Rahmen der bestehenden Rechte und Pflichten aus dem SGB V und dem Berufsrecht tätig.
24	APK	allen	Zustimmung	Eine Lockerung der Pflicht von Netzverbundverträgen wird unterstützt, da die Vereinbarungs- und Erklärungspflicht ausreichend ist.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
25	DGPM	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
28	DGPT	allen	Die Erleichterung des Nachweises der Vernetzungsvoraussetzungen ist zu begrüßen!	Damit wird ein starker Hinderungsgrund der ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen zur verbindlichen Vernetzung ausgeräumt.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage				Änderung der KSVPsych-RL	
§ 3 Absatz 9 Folgeänderungen: § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 3 Absatz 2 [GKV-SV/KBV: Satz 5] [DKG/PatV: Satz 6] , § 3 Absatz 3 Satz 1, § 3 Absatz 4 Satz 1 (Begriff Kooperationsvertrags-partner), § 3 Absatz 9 Satz 5 (Begriff Kooperationsvertrags-partner), § 4 Absatz 1 Satz 4 § 6 Absatz 4				<u>Lockerung: Netzverbundverträge sind nicht mehr verpflichtend:</u> Die Leistungserbringer legen gegenüber der zuständigen KV einen Nachweis zur Prüfung vor, dass sie die Anforderungen der KSVPsych-RL erfüllen. Der Nachweis kann die Form von Vereinbarungen, z.B. Netzverbundverträgen haben (wie bisher); es reicht aber auch, wenn er in Form einer schriftlichen einseitigen Erklärung jedes Leistungserbringers erfolgt.	
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
30	BAG Psychiatrie und VKD	allen	Die Lockerung ist aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) zu begrüßen.	Hierdurch wird der Bürokratieaufwand aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) reduziert.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
32	DPtV	allen	Zustimmung	Sachgerecht. Regelung mindert den administrativen Aufwand der Netzgründung.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§ 3 Absatz 11 (Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde)

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 11			<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den Landeskrankengesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
01	BPtK	allen	Die BPtK begrüßt die vorgeschlagenen Anpassungen der Regelungen zur Bereitstellung der Informationen über die Netzverbünde.	Es ist geboten, dass allen relevanten Akteuren die aktuellen Informationen über die anerkannten Netzverbünde einschließlich der spezifischen Angebote und Erreichbarkeit zur Verfügung gestellt werden. Zielführend ist dabei auch die Bereitstellung der Informationen für die Suchfunktionen im dem Nationalen Gesundheitsportal, um Patient*innen darin zu unterstützen, einen möglichst niedrigschwelligen und schnellen Zugang zur Versorgung nach der KSVPsych-Richtlinie zu erhalten und auch Angehörige, Leistungserbringer*innen und andere Einrichtungen mit den erforderlichen Informationen zu versehen.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
05	DFPP	allen	Die DFPP folgt den Ausführungen		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 11			<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den Landeskrankenhausesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
06	BVDN	allen	Übernahme	Auch hier handelt es sich um Vereinfachungen des Verfahrens und dem sollte man zustimmen.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
07	BVDP	allen	Übernahme	Auch hier handelt es sich um Vereinfachungen des Verfahrens.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
08	DVE	allen	Wir begrüßen diese Anpassung zur Verbesserung der Auffindbarkeit und zur Bereitstellung strukturierter inhaltlicher Information in einheitlicher Weise in den Bundesländern.	Steigerung der Bekanntheit des Netzwerkangebots, Zugang erleichtern für Patient:innen und Leistungsanbieter:innen bzw. vermittelnden Leistungsanbieter:innen	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
09	DGPPN	allen	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von allen an.	Auch hier handelt es sich um Vereinfachungen des Verfahrens und dem sollte man zustimmen. Die Vorgabe, dies quartalsweise zu melden ist Überregulierung – bei Änderung der Versorgungsmöglichkeiten muss eine Anpassung in den Veröffentlichungsorganen vorgenommen werden – bisher war auch keine	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 11			<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den Landeskrankenhausesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Frequenz der Meldung gefordert – Entbürokratisierung!	
13	BAPP	allen	Die BAPP folgt den Ausführungen		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
14	BFLK	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
15	BPM	allen	Übernahme	Auch hier handelt es sich um Vereinfachungen des Verfahrens.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
16	ackpa	allen	ackpa unterstützt den Vorschlag aller.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
19	PIBB	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
20	DGVT-BV	allen	Zustimmung	Transparenz für Versicherte ist äußerst wichtig und muss sichergestellt sein in der Richtlinie.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 11			<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den Landeskrankenhausesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
22	DGSP	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
23	BDP	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
24	APK	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
25	DGPM	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
28	DGPT	allen	Auch hier handelt es sich um Vereinfachungen des Verfahrens und dem sollte man zustimmen.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
30	BAG Psychiatrie und VKD	allen	ok	Transparenz und Auffindbarkeit der Netzverbünde werden hierdurch verbessert.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 11			<u>Anpassung der Vorgaben zur Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde:</u> Die Netzverbünde geben die Information über Angebot und Erreichbarkeit an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) (zur Information der Patienten und der im jeweiligen Bundesland zugelassenen Krankenhäuser). Die KV stellt diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit und stellt es Landesverbänden der KK/Ersatzkassen und den Landeskrankenhausesellschaften zur Verfügung. Außerdem gehen diese Information an die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
32	DPtV	allen	Zustimmung	sachgerecht	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§ 3 Absatz 11 Satz 2 (Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe)

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 11 Satz 2			<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
01	BPtK	KBV/DKG	Die BPtK unterstützt die Position von KBV und DKG, hierzu keine weiteren Vorgaben zu machen.	Die Vorgabe einer zeitlichen Frequenz für die Zurverfügungstellung der Informationen zu den Netzverbünden erscheint nicht geboten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind vielmehr gehalten, die Informationen jeweils auf dem aktuellsten Stand zu	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Im Beratungsverlauf wurde die Position angepasst: danach wird das Verzeichnis bei relevanter Veränderung übermittelt, mindestens jährlich. Die Anpassung berücksichtigt einerseits das Entstehen

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 11 Satz 2			<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				halten und ggf. auch innerhalb eines Quartals zu aktualisieren	neuer Verbünde und andererseits die Kontinuität bestehender Netzverbünde.
05	DFPP	GKV-SV/PatV	Die DFPP folgt der Argumentation der GKV-SV/PatV	Die Informationen des Angebot sollten quartalsweise aktualisiert werden	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Im weiteren Beratungsverlauf wurde festgelegt, dass die Lieferung des Verzeichnisses jeweils unmittelbar bei relevanter Veränderung, mindestens jedoch jährlich erfolgt. Dies ermöglicht zum einen, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausgesellschaften jeweils über die aktuelle Fassung verfügen und trägt zum anderen der noch im Aufbau befindlichen Netzverbundlandschaft Rechnung.
06	BVDN	KBV/DKG		Die Vorgabe, dies quartalsweise zu melden ist Überregulierung – bei Änderung der Versorgungsmöglichkeiten muss eine	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 11 Satz 2			<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Anpassung in den Veröffentlichungsorganen vorgenommen werden – bisher war auch keine Frequenz der Meldung gefordert – Entbürokratisierung!	
07	BVDP	KBV/DKG		Die Vorgabe, dies quartalsweise zu melden ist Überregulierung – bei Änderung der Versorgungsmöglichkeiten muss eine Anpassung in den Veröffentlichungsorganen vorgenommen werden – bisher war auch keine Frequenz der Meldung gefordert – Entbürokratisierung!	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01
08	DVE		Ebenso halten wir eine verlässliche Vorgabe zur Aktualisierung für sinnvoll.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 05
10	bvvp	KBV	Sachgerecht	Jeder weitere bürokratische Aufwand, der nicht zwingend notwendig ist, muss vermieden werden.	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 11 Satz 2			<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
12	BAG-GPV	GKV-SV/PatV	Die Aktualisierung des Verzeichnisses sollte gerade in einer Startphase quartalsweise erfolgen, um einen umfassenden Überblick über die teilnehmenden Organisationen zu geben.	Zu Beginn wird mit erheblichen Veränderungen zu rechnen sein, zudem eine derartige Verbundstruktur immer einer gewissen Dynamik unterliegt, macht eine regelmäßige Aktualisierung Sinn. Eine quartalsweise Aktualisierung orientiert sich sinnvollerweise an den Abrechnungsmodalitäten.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 05
13	BAPP	GKV-SV/PatV	Die BAPP folgt der Argumentation der GKV-SV/PatV	Die Informationen des Angebot sollten quartalsweise aktualisiert werden	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 05
14	BFLK	KBV/DKG	Die Position wird unterstützt	Veränderungen sollten zeitnah zur Verfügung gestellt werden, routinemäßig nicht sinnvoll (insbesondere wenn keine Veränderungen eingetreten sind)	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01
15	BPM	KBV/DKG		Die Vorgabe, dies quartalsweise zu melden ist Überregulierung – bei Änderung der Versorgungsmöglichkeiten muss eine Anpassung in den Veröffentlichungsorganen	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 11 Satz 2			<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				vorgenommen werden – bisher war auch keine Frequenz der Meldung gefordert – Entbürokratisierung!	
16	ackpa	KBV/DKG	ackpa unterstützt den Vorschlag von KBV/DKG	Eine Vorgabe der Frequenz ist aus unserer Sicht ein Zeichen von Überregulierung und überbordenden bürokratischen Anforderungen und sollte daher entfallen.	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01
19	PIBB	KBV/DKG	KBV/DKG: Regelung wie bisher	Die aktuellen Routinen, die sich zwischen den Netzverbünden und der jeweiligen KV etabliert haben, sollten beibehalten werden. In Berlin wird z.B. die Liste der Netzverbundmitglieder bei jeder Änderung an die KV übermittelt.	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01
20	DGVT-BV	GKV-SV/PatV	Für Position von GKV-SV/PatV	Transparenz für Versicherte sicherstellen.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 05
22	DGSP	GKV-SV/PatV	Die Aktualisierung des Verzeichnisses sollte wie von der PatV gefordert quartalsweise erstellt werden.	Gerade zu Beginn des Netzverbunds ist mit Änderungen zu rechnen, daher ist eine regelmäßige Aktualisierung sinnvoll.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 05

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 11 Satz 2			<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
23	BDP		Enthaltung: Bisherige Praxis nicht bekannt		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
24	APK	GKV-SV/PatV	Eine quartalsweise Information wird befürwortet. Es wird zudem auf die allgemeinen Anmerkungen verwiesen, dass die Netzverbünde eine Einbindung in die Gemeindepsychiatrischen Verbünde anstreben sollten.	Eine quartalsweise Information erhöht die Transparenz und Zugänglichkeit. In den Regionen, in denen Gemeindepsychiatrische Verbünde existieren oder sich im Aufbau befinden, kooperieren wesentliche Leistungserbringer (nach den Standards der BAG GPV: verbindlich), um Leistungen für Menschen mit komplexen Hilfebedarfen sicherzustellen.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann ausschließlich Regelungen für die Akteure des SGB V treffen; eine verbindliche Festlegung für Leistungserbringende außerhalb des SGB V kann daher nicht erfolgen. Gemeindepsychiatrische Verbünde bestehen derzeit nicht flächendeckend, sondern sind regional sehr unterschiedlich stark ausgeprägt. Sie unterscheiden sich zudem z. T. deutlich hinsichtlich ihrer Struktur und des Leistungsspektrums. Vor diesem Hintergrund erscheint eine verpflichtende Vorgabe zur Einbindung der Netzverbünde in die Gemeindepsychiatrischen Verbünde nicht sachgerecht. Siehe lfd. Nr. 05

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 11 Satz 2			<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
25	DGPM	KBV	Zeitangaben zur Aktualisierung von Informationen zum Angebot und der Erreichbarkeit sind nicht erforderlich.	Bürokratieabbau	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01
28	DGPT	KBV	Wir stimmen der Position der KBV zu! Die Vorgabe, dies quartalsweise zu melden, ist Überregulierung. Bei Änderung der Versorgungsmöglichkeiten muss eine Anpassung in den Veröffentlichungsorganen vorgenommen werden .		KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01
30	BAG Psychiatrie und VKD	KBV/DKG	Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).	Hier sollte keine Vorgabe zur Frequenz gemacht werden, da dies den bürokratischen Aufwand erhöht.	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01
31	CBP und DCV	KBV/DKG	Hier sollte wie bisher keine Vorgabe zur Frequenz gemacht werden.	Eine Erhöhung des bürokratischen Aufwandes sollte im Interesse einer möglichst flächendeckenden Errichtung von Netzverbünden vermieden werden.	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 3 Absatz 11 Satz 2			<u>Information über das Angebot und die Erreichbarkeit der Netzverbünde; Zeitangabe:</u> GKV-SV/PatV: Vorgabe, dass das Verzeichnis der Netzverbünde <i>quartalsweise</i> zur Verfügung zu stellen ist. KBV/DKG: Keine Vorgabe zur Frequenz (wie bisher).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
32	DPtV	KBV/DKG	Zustimmung	Derzeit keine Veränderungsnotwendigkeit erkennbar. Eine statische Vorgabe einer Frequenz der Datenübermittlung schafft zusätzlichen bürokratischen Aufwand.	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01

§ 4 Absatz 1 (Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“)

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 4 Absatz 1			Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
01	BPtK	allen	Die BPtK stimmt dem Änderungsvorschlag zu.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
05	DFPP	allen	Dies trifft die Zustimmung der DFPP		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
06	BVDN	allen	Übernahme	Keine Einwände	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
07	BVDP	allen	Übernahme	Keine Einwände	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
09	DGPPN	allen	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von allen an.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
13	BAPP	allen	Dies trifft die Zustimmung der BAPP		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
14	BFLK	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
15	BPM	allen	Übernahme	Keine Einwände	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 4 Absatz 1			Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
16	ackpa	allen	ackpa unterstützt den Vorschlag aller.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
19	PIBB	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
20	DGVT-BV	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
22	DGSP	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
23	BDP	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
24	APK	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
25	DGPM	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
28	DGPT	allen	Keine Einwände.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 4 Absatz 1			<u>Ersetzen des Begriffs „Ansprechpartner“ durch den genderneutralen Begriff „Ansprechperson“.</u>		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
32	DPtV	allen	Zustimmung	sachgerecht	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3 (Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen)

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3			<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
01	BPtK	allen	Die BPtK begrüßt diese vorgesehene Streichung der Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags, um die Rolle der Bezugsärzt*in bzw. -psychotherapeut*in ausüben zu dürfen.	Das Vorhandensein eines vollen Versorgungsauftrags ist kein Kriterium, das eine besondere Eignung einer Leistungserbringer*in impliziert im Rahmen der ambulanten Komplexbehandlung die Funktion einer Bezugspsychotherapeut*in bzw. -ärztin auszuüben. Weder sagt der Umfang des Versorgungsauftrags per se etwas über den Umfang der beruflichen Tätigkeit in einer Praxis, noch über die Erreichbarkeit für die Patient*innen oder mitbehandelnden Leistungserbringer*innen im Falle von kurzfristig interventionsbedürftigen Krisen oder für die Abstimmung der Versorgung. Angesichts des hohen Anteils von Vertragsärzt*innen und -psychotherapeut*innen, die über einen reduzierten Versorgungsauftrag verfügen, stellt die bestehende Regelung eine wesentliche Hürde beim	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3			<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Aufbau neuer und der Erweiterung bestehender Netzverbünde dar und führt zu einer erheblichen und fachlich nicht begründbaren Einschränkung der Patient*innen bei der Wahl ihrer koordinierenden Bezugssärzt*in bzw. -psychotherapeut*in.	
05	DFPP	allen	Die DFPP kann dieser Argumentation folgen	Gemäß der vorherigen Ausführung ist die Streichung notwendig	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
06	BVDN	allen	Übernahme	• Streichung der Festlegung der Bezugsarzt/-psychotherapeutenfunktion auf einen vollen Versorgungsauftrag wird begrüßt • Festlegung auf Erreichbarkeit der Versorgenden im Team ist zu begrüßen • Erreichbarkeit ist durch Festlegung auf volle oder halbe versorgungsaufträge nicht regelbar – deswegen Team-Ereichbarkeit praktikabler	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmenden wird grundsätzlich gefolgt. Die Vorgabe des vollen Versorgungsauftrages als Voraussetzung für die Übernahme der Bezugsfunktion wird ersetzt durch die Kombination eines mindestens hälftigen Versorgungsauftrages in Verbindung mit einer gewissen telefonischen Erreichbarkeit.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3			<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					Die bisherige Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags für die Übernahme der Bezugsfunktion hat sich als nicht sachgerecht erwiesen. Sie schließt viele qualifizierte Leistungserbringer und -erbringerinnen unnötig aus, obwohl diese die Aufgabe der Bezugsrolle fachlich und organisatorisch erfüllen können. Um eine gewisse Erreichbarkeit der Bezugsperson bzw. der nichtärztlichen koordinierenden Person sicherzustellen wird die Absenkung des vollen Versorgungsauftrages mit der Vorgabe einer telefonischen Erreichbarkeit kombiniert. Dadurch soll ein gewisses Maß an Verlässlichkeit,

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3			<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					Kontinuität und Koordination sichergestellt werden.
07	BVDP	allen	Übernahme	Die Streichung der Festlegung der Bezugsarzt/-psychotherapeutenfunktion auf einen vollen Versorgungsauftrag wird begrüßt Die Festlegung auf die Erreichbarkeit der Versorgenden im Team ist zu begrüßen Die Erreichbarkeit ist durch eine Festlegung auf volle oder halbe Versorgungsaufträge nicht regelbar – deswegen ist die Fokussierung auf die Team-Erreichbarkeit praktikabler.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 06.
09	DGPPN	Allen	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von allen an.	Streichung der Festlegung der Bezugsarzt/-psychotherapeutenfunktion auf einen vollen Versorgungsauftrag wird begrüßt Festlegung auf Erreichbarkeit der Versorgenden im Team ist zu begrüßen Erreichbarkeit ist durch Festlegung auf volle oder halbe Versorgungsaufträge nicht regelbar – deswegen Team-Erreichbarkeit praktikabler	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 06 GKV-SV/KBV/PatV: In § 3 Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 wird zudem eine Ergänzung vorgenommen, wonach das kooperierende Krankenhaus über Kompetenzen in der Behandlung der Patientengruppe dieser Richtlinie verfügt.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3			<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
11	DVGP	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
13	BAPP	allen	Die BAPP kann dieser Argumentation folgen.	Gemäß der vorherigen Ausführung ist die Streichung notwendig	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
15	BPM	allen	Übernahme	Die Streichung der Festlegung der Bezugsarzt/-psychotherapeutenfunktion auf einen vollen Versorgungsauftrag wird begrüßt. Die Festlegung auf die Erreichbarkeit der Versorgenden im Team ist zu begrüßen. Die Erreichbarkeit ist durch eine Festlegung auf volle oder halbe Versorgungsaufträge nicht regelbar – deswegen ist die Fokussierung auf die Team-Erreichbarkeit praktikabler.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 06.
16	ackpa	allen	ackpa unterstützt den Vorschlag aller.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
19	PIBB	allen	Zustimmung!	Die alte Regelung, wonach eine Bezugsärzt*in/-psychotherapeut*in über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen muss, hat bislang viele engagierte und interessierte Kolleg*innen ausgeschlossen und hat sich als nicht praktikabel erwiesen.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
20	DGVT-BV	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 4 Absatz 1 Satz 2 und 3			<u>Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags von Bezugsarzt/-psychotherapeut wird gestrichen.</u>		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
23	BDP	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
24	APK	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
25	DGPM	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
28	DGPT	allen	Die Streichung der Festlegung der Bezugsarzt/-psychotherapeutenfunktion auf einen vollen Versorgungsauftrag wird begrüßt.	Wir hatten bereits in unseren Stellungnahmen 2021 dafür plädiert, halbe Versorgungsaufträge einzubeziehen.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
32	DPtV	allen	Zustimmung	sachgerecht	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§ 4 Absatz 1 (Umfang Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut)

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]			<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
01	BPtK	GKV-SV/KBV	Die BPtK begrüßt grundsätzlich, dass anstelle des vollen Versorgungsauftrags auf die Erreichbarkeit der Bezugärzt*in bzw. -psychotherapeut*in abgestellt wird. Allerdings sollte dabei angesichts der Digitalisierung im Gesundheitswesen nicht auf ein spezifisches Kommunikationsmittel Bezug genommen und die Vorgabe mit einer Mindestdauer der telefonischen Erreichbarkeit pro Tag versehen werden. Mit Blick auf die angestellten Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen in MVZ, BAG oder Psychiatrischen Institutsambulanzen scheint es dabei sinnvoll zu sein, dass anstelle eines vollen Versorgungsauftrags auf das	Während unstrittig ist, dass die Aufgaben als Bezugspsychotherapeut*in bzw. -ärzt*in von Leistungserbringer*innen mit hälftigem oder ¾-Versorgungsauftrag in gleicher Weise übernommen werden können wie von Leistungserbringer*innen mit einem vollen Versorgungsauftrag, stellt sich die Situation mit Blick auf angestellte Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen, die nur mit einem sehr begrenzten Stundenumfang beschäftigt sind, anders dar. Diese begrenzte Verfügbarkeit kann auch nicht durch eine bessere Erreichbarkeit der nicht-ärztlichen koordinierenden Person kompensiert werden, da für eine ausreichend kompetente Übernahme	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Die zeitliche Vorgabe knüpft an die Psychotherapie-Richtlinie an, wonach Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einem vollen Versorgungsauftrag 200 Minuten pro Woche erreichbar sein müssen. Es wird vorgegeben, dass die Bezugsfunktion von Leistungserbringenden übernommen werden kann, die mindestens über einen halben Versorgungsauftrag oder einer diesem Umfang entsprechenden

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]			<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			Kriterium eines hälftigen Versorgungsauftrags bzw. eine diesem Umfang entsprechende Anstellungsgenehmigung bzw. Tätigkeit in einer Psychiatrischen Institutsambulanz Bezug genommen wird. Die BPTK schlägt daher vor, § 4 Absatz 1 Satz 2 und 3 wie folgt zu fassen: „Im Falle einer Anstellung müssen sie mindestens über einen hälftigen Versorgungsauftrag oder eine diesem Umfang entsprechende Anstellungsgenehmigung verfügen oder im Falle des Satzes 4 in der Psychiatrischen Institutsambulanz im Umfang von mindestens 19 Stunden pro Woche tätig sein. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin	sämtlich anfallender Koordinationsaufgaben auch eine kurzfristige fachliche Rücksprache mit der Bezugsärzt*in bzw. -psychotherapeut*in gewährleistet sein muss. Hierfür erscheint es angemessen, im Falle einer Anstellung einen Tätigkeitsumfang zu fordern, der mindestens 50 Prozent einer Vollzeittätigkeit entspricht. Ergänzt ist es zielführend, dass eine Erreichbarkeit der Bezugspsychotherapeut*in bzw. -ärzt*in oder der benannten koordinierenden Person an mindestens vier Tagen pro Woche gewährleistet ist. Angesichts der sich verändernden Kommunikationsgewohnheiten seitens der Leistungserbringer*innen, Einrichtungen wie auch der	Anstellungsgenehmigung bzw. über einen entsprechenden Tätigkeitsumfang in der PIA verfügen und eine telefonische Erreichbarkeit an mindestens vier Tagen pro Woche von jeweils mindestens 50 Minuten sicherstellen. GKV-SV/DKG: Von einer Erweiterung der Kommunikationsmittel wird abgesehen, da eine Vorgabe fester Erreichbarkeitszeiten bspw. für Emails nicht sinnvoll erscheint. In der Vergangenheit haben wissenschaftliche Untersuchungen gezeigt, dass insbesondere in der telefonischen Erreichbarkeit von Psychotherapie-Praxen

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]			<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugssarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugssarztes/-psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugssarzt/-psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			<i>oder der Bezugsspsychotherapeut stellt eine Erreichbarkeit an mindestens vier Tagen pro Woche sicher, entweder durch sie oder ihn selbst oder durch die im Gesamtbehandlungsplan gemäß § 9 Absatz 1 benannte koordinierende Person.</i>	Patient*innen und deren Angehörigen ist es dabei nicht zielführend, auf eine telefonische Erreichbarkeit abzustellen und diese mit einer Mindestzeit pro Tag zu versehen. Für eine bedarfsgerechte Versorgung ist es vielmehr entscheidend, dass unabhängig vom Kommunikationsweg (E-Mail, KIM, Telefon etc.) an mindestens vier Tagen pro Woche eine bedarfsgerecht kurzfristige Rückmeldung sichergestellt ist und Patient*innen wie mitbehandelnde Leistungserbringer*innen hierüber informiert sind. Im Normtext sollte daher ausschließlich auf die Erreichbarkeit abgestellt werden, ohne diese mit einem Kommunikationsmedium oder Mindestzeiten zu verbinden.	Schwierigkeiten bestehen (vgl. Dtsch Arztebl 2021; 118 (5): A 252–4) PatV: Die Vorgabe zur Erreichbarkeit adressiert primär die Bezugsperson, die im Rahmen der Delegation prüft, welche Leistungsbestandteile im Rahmen der Erreichbarkeit und unter Berücksichtigung der Aufgaben nach § 10 von der koordinierenden Person wahrgenommen werden.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]			<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
05	DFPP	GKV-SV	Die DFPP vertritt die Auffassung das sowohl die Vorgabe zur Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche umgesetzt werden sollte, als auch Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.	Wir halten es für notwendig, dass ein regelmässiger Kontakt zu der koordinieren Fachkraft durch eine Telefonische Erreichbarkeit besteht. Im Weiteren vertreten wir die Auffassung, dass der Bezugsarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen, gemäß unserer vorherigen Ausführung.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV/DKG: Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. PatV: siehe Begründung lfd. Nr. 01.
06	BVDN	GKV-SV/KBV	Übernahme	• Streichung der Festlegung der Bezugsarzt/-psychotherapeutenfunktion auf einen vollen Versorgungsauftrag wird begrüßt	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]			<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				• Festlegung auf Erreichbarkeit der Versorgenden im Team ist zu begrüßen • Erreichbarkeit ist durch Festlegung auf volle oder halbe versorgungsaufträge nicht regelbar – deswegen Team-Erreichbarkeit praktikabler	
07	BVDP	GKV-SV/KBV	Übernahme	Die Streichung der Festlegung der Bezugsarzt/-psychotherapeutenfunktion auf einen vollen Versorgungsauftrag wird unterstützt. Die Festlegung auf Erreichbarkeit der Versorgenden im Team wird unterstützt. Die Erreichbarkeit ist durch eine Festlegung auf volle oder halbe Versorgungsaufträge nicht regelbar – deswegen ist die Fokussierung auf die Team-Erreichbarkeit praktikabler	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]			<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
09	DGPPN	GKV-SV/KBV	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen GKV-SV/KBV an.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01
10	bvvp	KBV	Sachgerecht	<i>Aus der Evaluation: Etwa zwei Drittel der Befragten (68 %) gaben anhand der erhaltenen Rückmeldungen an, dass die potenziell Teilnehmenden ohne vollen Versorgungsauftrag eine Versorgung im Netzverbund nur dann als interessant einschätzen, wenn Ihnen eine bezugsärztliche oder bezugstherapeutische Tätigkeit möglich wäre.</i> Der Umfang des Versorgungsauftrags sagt nur bedingt etwas aus über Leistungsumfang und nichts über Erreichbarkeit, Praxispersonal, Vernetzung... Dies sind aber die wichtigen Aspekte für die	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]			<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				grundsätzliche Teilnahme an der Richtlinie und im Speziellen auch für die Funktion als Bezugsbehandelnder. (Siehe auch § 3 Absatz 2 Satz 4)	
11	DVGP	DKG/PatV	Die Regelung im Vorschlag der GKV-SV und der KBV wird abgelehnt.	Die Erreichbarkeit des Netzverbundes wird in § 6 Abs. 1 Zi. 8 geregelt. Die interne Kommunikation sollten die Netzverbünde nach ihren lokalen Gegebenheiten selbst regeln können.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV: Siehe lfd. Nr. 01 KBV: § 4 beschreibt die Voraussetzungen für die Übernahme der Bezugsfunktion durch die Mitglieder des Netzverbundes. § 6 Absatz 1 Ziff. 8 formuliert die Anforderung an den Netzverbund, eine gemeinsame Lösung für die Betreuung in Krisen zu organisieren.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]			<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugssarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugssarztes/-psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugssarzt/-psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
12	BAG-GPV	DKG/PatV	Der Versorgungsauftrag muss mit einer entsprechenden Verbindlichkeit ausgestattet sein. Eine lediglich telefonische Erreichbarkeit greift hier zu kurz.	Durch die Position der DKG/PatV wird eine Verbindung von Versorgungsauftrag und Leistungsvermögen erzeugt, was hier sinnvoll ist und den Anschein von Beliebigkeit verdrängt.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV/DKG/PatV: Begründung lfd. Nr. 01.
13	BAPP	GKV-SV	Die BAPP vertritt die Auffassung das sowohl die Vorgabe zur Erreichbarkeit des Bezugssarztes/-Psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche umgesetzt werden sollte, als auch Der Bezugssarzt/-Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.	Die BAPP hält sowohl eine telefonische Erreichbarkeit der Bezugs- oder Koordinationsperson an vier Tagen pro Woche für notwendig als auch einen Mindestumfang von einem halben Versorgungsauftrag, um eine verlässliche Versorgungskontinuität sicherzustellen.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV/DKG/PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]			<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
15	BPM	GKV-SV/KBV	Übernahme	Die Streichung der Festlegung der Bezugsarzt/-psychotherapeutenfunktion auf einen vollen Versorgungsauftrag wird unterstützt. Die Festlegung auf Erreichbarkeit der Versorgenden im Team wird unterstützt. Die Erreichbarkeit ist durch eine Festlegung auf volle oder halbe Versorgungsaufträge nicht regelbar – deswegen ist die Fokussierung auf die Team-Erreichbarkeit praktikabler.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01
16	ackpa	DKG/PatV	ackpa unterstützt den Vorschlag von DKG/ PatV	Diese Vorgabe ist realistisch, praktikabel und nicht überreguliert.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. DKG/PatV: Siehe laufende Nr. 01 GKV-SV/KBV: Keine Änderung. Begründung: Die Anpassung adressiert den kooperativen

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]			<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					Aspekt des Versorgungsangebotes und soll die Übernahme der Bezugsfunktion auch den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern ermöglichen, die nicht über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen.
19	PIBB	GKV-SV/KBV	Zustimmung zum KBV-Vorschlag: Klargestellt werden sollte, dass die Erreichbarkeit <u>der Praxis</u> gemeint ist.	Die Erreichbarkeit <u>der Praxis</u> ist gerade im Falle von auftretenden Krisen äußerst wichtig und entscheidend.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird zum Teil gefolgt: Gemeint sind die Bezugssärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut sowie die koordinierende Person. GKV-SV/KBV/DKG: Siehe lfd. Nr. 01

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]			<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Begründung siehe lfd. Nr. 01.
21	DDPP	DKG/PatV	Wir schliessen uns der DKG/PatV an.	Eine genaue Vorgabe erscheint eine Überregulierung. Die breitere Aufstellung erscheint realitätsnäher und somit machbarer.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. DKG/PatV: siehe laufende Nr. 01 GKV-SV/KBV: Keine Änderung. Begründung: siehe lfd. Nr. 16.
22	DGSP		Eine telefonische Erreichbarkeit reicht nicht aus. Siehe Der Versorgungsauftrag muss so verbindlich wie möglich sein.	Der Vorschlag von PatV und DKG kann eine Verbindung von Versorgungsauftrag und Leistungsvermögen erzeugen. Das ist sinnvoll im Sinne der Verbindlichkeit.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV/DKG/PatV: Siehe lfd. Nr. 01 KBV: Keine Änderung. Begründung: siehe lfd. Nr. 16.
23	BDP	GKV-SV/KBV	Zustimmung	Mitteilung konkreter Erreichbarkeiten sinnvoll	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]			<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugssarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugssarztes/-psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugssarzt/-psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					GKV-SV/DKG: Siehe lfd. Nr. 01 PatV: Der Anregung der Stellungnehmenden wird grundsätzlich gefolgt, siehe Begründung lfd. Nr. 01.
24	APK	DKG/PatV	Die Vorgabe des halben Versorgungsauftrages sichert das Mindestmaß an Erreichbarkeit und ermöglicht personenzentrierte Flexibilität in der Verantwortung, der Bezugsrolle und vor allem der Ansprechbarkeit in Krisen gerecht zu werden.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. DKG/PatV: Siehe laufende Nr. 01 KBV: Keine Änderung. Begründung: siehe lfd. Nr. 16.
25	DGPM	GKV-SV/KBV	Die DGPM unterstützt den Vorschlag zur Vorgabe einer telefonischen Erreichbarkeit.	Für schwer psychisch erkrankte Patient:innen mit komplexem Behandlungsbedarf ist eine zeitnahe Erreichbarkeit des Bezugstherapeuten von hoher Relevanz zur Vermeidung von stationären Aufnahmen.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV/KBV/DKG: Siehe lfd. Nr. 01 PatV: Der Anregung der Stellungnehmenden wird

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]			<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugssarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugssarztes/-psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugssarzt/-psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Des Weiteren wird die angegebene telefonische Erreichbarkeit bereits jetzt im Rahmen der ambulante RL-Psychotherapie (voller Versorgungsauftrag) gefordert.	grundsätzlich gefolgt, siehe Begründung lfd. Nr. 01.
26	Diakonie Dtl.	DKG/PatV	Die Diakonie Deutschland schließt sich dem Vorschlag der DKG/PatV an. Gleichzeitig verweisen wir auf unsere frühere Stellungnahme, derzufolge Leistungen der Bezugspersonenarbeit unter ärztlicher/psychotherapeutischer Verantwortung auch an andere Professionsgruppen aus dem Netzwerk delegiert werden können sollen.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. DKG/PatV: siehe lfd. Nr. 01 GKV-SV/KBV: Keine Änderung. Begründung: siehe lfd. Nr. 16.
28	DGPT	GKV-SV/KBV	Wir teilen die Position der KBV.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]			<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugssarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugssarztes/-psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugssarzt/-psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					GKV-SV/KBV/DKG: Siehe lfd. Nr. 01 PatV: Der Anregung der Stellungnehmenden wird grundsätzlich gefolgt, siehe Begründung lfd. Nr. 01.
30	BAG Psychiatrie und VKD	DKG/PatV	Der Bezugssarzt/- Psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.	Aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) ist die DKG-/PatV-Formulierung zu präferieren. Vorgaben zur telefonischen Erreichbarkeit sind aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) deswegen schwierig, da bisher zu wenige Erfahrungswerte aus Netzverbünden über den zeitlichen Umfang der telefonischen Erreichbarkeit vorliegen.	KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. DKG/PatV: siehe laufende Nr. 01 KBV: Keine Änderung. Begründung: Die Anpassung 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.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]			<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					Die Vorgabe knüpft an die Psychotherapie-Richtlinie an, wonach Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einem vollen Versorgungsauftrag 200 Minuten pro Woche erreichbar sein müssen.
31	CBP und DCV	DKG/PatV	Die Position der DKG/PatV wird unterstützt.	Es erscheint sinnvoll, für den Bezugsarzt bzw. Bezugspsychotherapeuten wenigstens einen halben Versorgungsauftrag/Anstellungsgenehmigung/Tätigkeit in PIA zu fordern. Die telefonische Erreichbarkeit des Bezugsarztes/Bezugspsychotherapeuten oder sogar lediglich der (nichtärztlichen) koordinierenden Person von jeweils 50 Minuten an vier Tagen der Woche wird dem komplexen Behandlungsbedarf der Patient:innen, der mitunter gerade zügige	KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. DKG/PatV: Siehe lfd. Nr. 01 KBV: Keine Änderung. Begründung: Siehe lfd. Nr. 30.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 4 Absatz 1 [GKV-SV/KBV: Satz 3] [DKG/PatV: Satz 2]			<u>Umfang Versorgungsauftrag von Bezugsarzt/-psychotherapeut:</u> GKV-SV/KBV: Keine Vorgabe mehr zum Umfang des Versorgungsauftrages, stattdessen Vorgabe zur telefonischen Erreichbarkeit des Bezugsarztes/-psychotherapeuten oder der koordinierenden Person von mindestens jeweils 50 Minuten an vier Tagen / Woche. DKG/PatV: Der Bezugsarzt/-psychotherapeut muss mindestens über einen halben Versorgungsauftrag / entsprechende Anstellungsgenehmigung / entsprechenden Tätigkeit in der PIA verfügen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Interventionen erfordert und rasch wechseln kann, nicht gerecht. Eine qualitativ hochwertige Versorgung wäre auf diese Weise nur schwer abzusichern.	
32	DPtV	GKV-SV/KBV	Zustimmung	Eine Leistungsbeschreibung ist sachdienlicher als bloße Strukturvorgaben.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV/KBV/DKG: Siehe lfd. Nr. 01 PatV: Der Anregung der Stellungnehmenden wird grundsätzlich gefolgt, siehe Begründung lfd. Nr. 01.

§ 4 Absatz 3 Nummer 2 (Neue Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten)

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 4 Absatz 3 Nummer 2			Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten.</u>		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
01	BPtK	allen	Die BPtK begrüßt, dass die Aufgabe der Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen unter den zentralen Verantwortlichkeiten der Bezugspsychotherapeut*in bzw. -ärzt*in ergänzt und damit betont wird.	Die patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 6 Absatz 1 Nummer 10 sind ein wesentliches Element, um eine abgestimmte multiprofessionelle Versorgung unter Einbezug aller relevanter Leistungserbringer*innen und Einrichtungen sicherzustellen, ein gemeinsames Verständnis des Gesamtbehandlungsplans zu befördern und regelmäßig gemeinsam den Behandlungsverlauf und die möglichen Anpassungsbedarfe beim Behandlungsplan zu reflektieren. Die Ergänzung in § 4 Satz 3 Nummer 2 betont die Verantwortlichkeit der Bezugsärzt*in bzw. -psychotherapeut*in für diesen Prozess in geeigneter Weise.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
05	DFPP	allen	Die DFPP stimmt dieser Aussage zu	Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut sollte sich dieser Aufgabe bewußt sein.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
06	BVDN	allen	Übernahme	Dem sollte zugestimmt werden – das ist Kernaufgabe des Bezugsarztes/ -therapeuten	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 4 Absatz 3 Nummer 2			Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugsarztes/- Psychotherapeuten.</u>		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
07	BVDP	allen	Übernahme	Dies ist eine Kernaufgabe des Bezugsarztes/ -therapeuten	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
09	DGPPN	allen	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von allen an.	Dem sollte zugestimmt werden – das ist Kernaufgabe des Bezugsarztes/ -therapeuten	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
11	DVGP	allen	Zustimmung	Notwendige Ergänzung	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
12	BAG-GPV	allen	Eine sehr gute Maßnahme, da hierdurch der qualifizierte Austausch aller Beteiligten gefördert wird.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
13	BAPP	allen	Die BAPP stimmt dieser Aussage zu	Der Bezugsarzt/-Psychotherapeut sollte sich dieser Aufgabe bewusst sein.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
14	BFLK	allen	Zustimmung	Explizite Benennung zur Klarstellung sinnvoll	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
15	BPM	allen	Übernahme	Dies ist eine Kernaufgabe des Bezugsarztes/-therapeuten.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 4 Absatz 3 Nummer 2			Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“ als Aufgabe des Bezugsarztes/-Psychotherapeuten.</u>		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
16	ackpa	allen	ackpa unterstützt den Vorschlag aller.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
18	DNVF	allen	Das DNVF schließt sich den Änderungsvorschlägen an.	Fallbesprechungen als Kernaufgabe in teambasierter Behandlung, Initiierung durch den Bezugsarzt/-therapeuten sinnvoll.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
19	PIBB	allen	Zustimmung	Hierbei handelt es sich eine originäre Aufgabe der Bezugsärzt*in, auch wenn die Organisation des konkreten Termins für die Fallbesprechung dann z. B. an die Koordinator*in delegiert werden kann.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
20	DGVT-BV	allen	Zustimmung	Eine auskömmliche Bezahlung ist hier anzustreben.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
22	DGSP	allen	Positiv, da der Austausch und gemeinsame Haltungen gefördert werden.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
24	APK	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
25	DGPM	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 4 Absatz 3 Nummer 2			Neue <u>Einfügung „Initiierung patientenorientierter Fallbesprechungen“</u> als Aufgabe des Bezugsarztes/- <u>Psychotherapeuten.</u>		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
28	DGPT	allen	Da es sich hierbei um eine Kernaufgabe des Bezugsarztes/ -therapeuten handelt, stimmen wir vollumfänglich zu!		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
32	DPtV	allen	Zustimmung	sachgerecht	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§ 6 Absatz 1 Nummer 2 (Frist für Eingangssprechstunde)

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nr. 2			<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG: sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV: zwei Wochen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
01	BPtK	KBV/ PatV	Die BPtK unterstützt den Regelungsvorschlag von KBV und PatV.	Vor dem Hintergrund der bislang insuffizienten Entwicklung von Netzverbünden und der teils begrenzten Zahl an Netzverbundmitgliedern stehen in den anerkannten Netzverbünden noch sehr begrenzte Behandlungskapazitäten einem deutlich höheren Versorgungsbedarf aufseiten der Patient*innen gegenüber. In der gegenwärtigen Phase erscheint es daher nicht	GKV-SV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die Versorgung der KSVPsych-RL richtet sich an eine vulnerable Patientengruppe, für die insbesondere auch ein kurzfristiger Zugang zur Versorgung von Bedeutung ist. Die bisherige

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nr. 2			<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG: sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV: zwei Wochen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				zielführend, in der Richtlinie Anforderungen und zeitliche Fristen für die Leistungserbringung zu definieren, die in vielen Regionen regelhaft nicht oder nur sehr eingeschränkt eingehalten werden können. Dabei ist es unstrittig, dass eine Abklärung in der Eingangssprechstunde möglichst frühzeitig erfolgt, nicht zuletzt, wenn Patient*innen aus anderen Einrichtungen, z. B. aus dem Krankenhaus, zugewiesen werden. Die Ergebnisse des Zwischenberichts zur Evaluation macht zugleich deutlich, dass die bestehenden zeitlichen Vorgaben in der Richtlinie von der Mehrzahl als nicht realisierbar eingeschätzt wird. Damit besteht das Risiko, dass unrealistisch erscheinende Fristen dazu führen könnten, dass sich grundsätzlich interessierte Leistungserbringer*innen aus diesen Gründen nicht an der Versorgung beteiligen, weil sie sich mit Beitritt zu einem Netzverbund in der Pflicht sehen, nicht oder kaum umsetzbare zeitliche Anforderungen und Fristen zu erfüllen. Angesichts dessen erscheint eine Anpassung der zeitlichen Frist für die Durchführung der	Formulierung „i. d. R.“ ermöglicht eine Abweichung von dieser zeitlichen Vorgabe, sofern dies erforderlich sein sollte. KBV/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Im Beratungsverlauf wurde die Position angepasst und eine Erweiterung zurückgenommen, da die bisherige Formulierung „i. d. R.“ eine Abweichung von dieser zeitlichen Vorgabe ermöglicht, sofern dies erforderlich sein sollte.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nr. 2			Frist für Eingangssprechstunde: in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG : sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV : zwei Wochen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Eingangssprechstunde auf zwei Wochen angemessen.	
06	BVDN	KBV/ PatV	Übernahme	Eingangssprechstunde innerhalb von 2 Wochen ist hier praktikabel – diese wird angestrebt, wenn Voraussetzungen für die intensiverte Versorgung schon als wahrscheinlich gelten – man kann davon ausgehen, dass bereits ein besonderes Augenmerk auf die betreffende Person gelegt wird und Versorgung entweder im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung oder nervenärztlich-psychiatrisch-psychotherapeutisch erfolgt	KBV/PatV : Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01
07	BVDP	KBV/ PatV	Übernahme	Eine Frist für die Eingangssprechstunde innerhalb von 2 Wochen statt 7 Tagen ist ausreichend und praktikabel. Man kann davon ausgehen, dass die betreffende Person, die für die Versorgung nach dieser Richtlinie in Frage kommt, bereits im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung oder der nervenärztlich-psychiatrisch-psychotherapeutischen Regelversorgung versorgt wird. Aus dieser Versorgung heraus wird ja die Indikation für die Versorgung nach dieser Richtlinie gestellt.	KBV/PatV : Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nr. 2			<u>Frist für Eingangssprechstunde:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG: sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV: zwei Wochen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
09	DGPPN	GKV-SV/DKG	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von GKV-SV/DKG an.	Für die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen ist eine schnelle Versorgung erforderlich.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV/PatV: Siehe lfd. Nr. 01.
10	bvvp	KBV	Bedingte Zustimmung, denn ein Zeitrahmen von vier Wochen würde immer noch ausreichen.	<i>Aus der Evaluation: In der Umfrage wurden auch die in der KSVPsych-RL vorgegebenen Fristen für die Versorgung als mögliche Hindernisse thematisiert: Zum einen besteht die Pflicht nach einer Überweisung oder Empfehlung zeitnah eine Eingangssprechstunde anzubieten (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen), zum anderen soll die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde erfolgen (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen nach Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 2), vgl. § 6 Absatz 1 Nummern 2 und 3 der KSVPsych-RL. Auf Basis der Rückmeldungen gaben die Befragten zur Wahrung der Fristen an, dass diese häufig - immer und oft - als nicht realisierbar eingeschätzt werden: für die</i>	KBV/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nr. 2			Frist für Eingangssprechstunde: in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG : sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV : zwei Wochen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				<i>Eingangssprechstunde zu 61 %, für die differential-diagnostischen Abklärung zu 73 %</i> Bei der adressierten Patientengruppe handelt es sich nicht um Not- oder Akutfälle, sondern es werden in aller Regel Menschen sein, bei denen die Erkrankung schon lange besteht, teils mit hoher Chronifizierung. Eine Wartezeit von 4 Wochen, insbesondere mit der ja dann schon vorhandenen Terminierung und damit haltgebenden Aussicht auf Versorgung, ist sachgerecht. Diese Frist entspricht außerdem der der TSS für die Vermittlung von Psychotherapeutischen Sprechstunden, man würde also innerhalb der bestehenden Systematik bleiben, was es weniger kompliziert macht	
11	DVGp	GKV-SV/DKG	Beibehaltung der bisherigen Fristen	Kurzfristige, leichte Erreichbarkeit ist für die Zielgruppe von großer Bedeutung.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV/PatV: siehe lfd. Nr. 01
12	BAG-GPV		Vorschlag: „... i. d. R. innerhalb von sieben Werktagen, max. von 2 Wochen. “	Es erscheint hier relevant, dass eine realistische und praktikable Lösung/Frist gesetzt wird. Sieben Werktage könnten als Zeitraum hierfür zu kurz sein.	GKV-SV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nr. 2			Frist für Eingangssprechstunde: in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG : sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV : zwei Wochen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					KBV/PatV : Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.
15	BPM	KBV/ PatV	Übernahme	Eine Frist für die Eingangssprechstunde innerhalb von 2 Wochen statt 7 Tagen ist ausreichend und praktikabel. Man kann davon ausgehen, dass die betreffende Person, die für die Versorgung nach dieser Richtlinie in Frage kommt, bereits im Rahmen der nervenärztlich-psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Regelversorgung versorgt wird. Aus dieser Versorgung heraus wird ja die Indikation für die Versorgung nach dieser Richtlinie gestellt.	KBV/PatV : Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.
16	ackpa	GKV-SV/ DKG	ackpa unterstützt die Position von GKV-SV/DKG	Für Patienten, die von schweren Verläufen psychischer Erkrankungen betroffen sind und einen komplexen Hilfebedarf haben, ist eine Verlängerung der Frist nicht vertretbar.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV : Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV/PatV : Siehe lfd. Nr. 01.
18	DNVF	GKV-SV/ DKG	Das DNVF schließt sich dem Vorschlag der GKV-SV/DKG an.	Wissenschaftlich ist eine rasche Initiierung der Versorgung bei neu schwer erkrankten Patientinnen und Patienten sinnvoll (Z.B. Clark 2018).	GKV-SV/KBV/DKG/PatV : Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV/PatV Siehe lfd. Nr. 01.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nr. 2			Frist für Eingangssprechstunde: in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG : sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV : zwei Wochen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
19	PIBB	KBV/ PatV	KBV: 2 Wochen	Dies ist eine klare und i.d.R. auch praktikable Regelung	KBV/PatV : Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.
20	DGVT-BV	KBV/ PatV	Zustimmung KBV/PatV	Kürzere Frist zwar wünschenswert, aber nicht realistisch in der Praxis.	KBV/PatV : Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.
22	DGSP	KBV/ PatV	Zustimmung zur PatV		KBV/PatV : Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.
23	BDP	KBV/ PatV	Zustimmung 2 Wochen	Erhöht die Realisierbarkeit	KBV/PatV : Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.
24	APK	GKV-SV/ DKG	Die bisherige Regelung ist beizubehalten.	Die Frist von sieben Tagen sichert den zügigen Zugang. Insbesondere auch in der Verknüpfung mit der Notfallversorgung und Krisenhilfe ist der schnelle Zugang unabdingbar.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV : Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV/PatV : Siehe lfd. Nr. 01.
25	DGPM	KBV/ PatV	Eine Frist für die Eingangssprechstunde innerhalb von 14 Tagen wird als ausreichend angesehen.	Für kleinere Netzverbünde oder auch bei Abwesenheiten einzelner Behandler:innen sind 7 Tage nicht organisierbar.	KBV/PatV : Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.
26	Diakonie Dtl.	KBV/ PatV	Im Sinne einer flexibleren und realistischeren Praxis und um organisatorische		KBV/PatV : Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nr. 2			Frist für Eingangssprechstunde: in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG : sieben Werktagen (wie bisher), KBV/PatV : zwei Wochen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			Hürden abzubauen, unterstützt die Diakonie Deutschland die Position der KBV/PatV.		
28	DGPT	KBV/ PatV	Wir stimmen der Position der KBV zu.		KBV/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.
30	BAG Psychiatrie und VKD	GKV-SV/ DKG	sieben Werktagen (wie bisher)	Sieben Tage sind sinnvoll – eine verlängerte Frist würde das übergeordnete Ziel der KSVPsych-RL konterkarieren (zeitnahe Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten).	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV/PatV: Siehe lfd. Nr. 01.
31	CBP und DCV	GKV-SV/ DKG	Der DCV e.V setzt sich für die Beibehaltung der siebentägigen Frist bis zur Eingangssprechstunde ein.	Eine verlängerte Frist würde das übergeordnete Ziel der KSVPsych-RL konterkarieren möglichst frühzeitigen Zugang zu Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten zu gewähren.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV/PatV: Siehe lfd. Nr. 01.
32	DPtV	KBV/ PatV	Zustimmung	Zu enge Fristen können Versorgungsbarrieren provozieren. Zu kurze Fristen können für psychisch erkrankte Menschen ungünstigen Termindruck erzeugen.	KBV/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.

§ 6 Absatz 1 Nummer 3 (Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung)

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 3			<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV: sieben Werktagen (wie bisher), KBV: vier Wochen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
01	BPtK	KBV	Die BPtK unterstützt den Regelungsvorschlag von KBV.	Auch hier gilt, dass vor dem Hintergrund der bislang insuffizienten Entwicklung von Netzverbünden und der teils begrenzten Zahl an Netzverbundmitgliedern in den anerkannten Netzverbünden noch sehr begrenzte Behandlungskapazitäten einem deutlich höheren Versorgungsbedarf aufseiten der Patient*innen gegenüber stehen. In der gegenwärtigen Phase erscheint es daher nicht zielführend, in der Richtlinie Anforderungen und zeitliche Fristen für die Leistungserbringung zu definieren, die in vielen Regionen regelhaft nicht oder nur sehr eingeschränkt eingehalten werden können. Die Ergebnisse des Zwischenberichts zur Evaluation machen zugleich deutlich, dass 71 Prozent der potenziell Teilnehmenden die Fristen für die differenzialdiagnostische Abklärung oft oder immer für nicht realisierbar einschätzten. Hierzu kommt, dass aus dem Normtext nicht eindeutig abgeleitet werden kann, ob bei dieser Frist der Beginn der Leistung der differenzialdiagnostischen	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die Position wurde im Verlauf der Beratung angepasst; es wurde geklärt, dass die Frist den Beginn der diagnostischen Abklärung adressiert.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 3			<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV: sieben Werktagen (wie bisher), KBV: vier Wochen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Abklärung adressiert wird oder dessen Abschluss. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass für eine ausreichend fundierte differenzialdiagnostische Abklärung, die die Erstellung des Gesamtbehandlungsplans erlaubt, in vielen Fällen mehrere Termine erforderlich sind, die zudem den Einbezug von weiteren Leistungserbringer*innen erfordern kann, falls zum Beispiel bestimmte somatische Untersuchungen erforderlich sind. In diesen Fallkonstellationen erscheint eine zeitliche Frist von sieben Werktagen problematisch. Es besteht das Risiko, dass mit unrealistisch erscheinenden Fristen grundsätzlich interessierte Leistungserbringer*innen von einer Beteiligung an der Versorgung nach dieser Richtlinie abgehalten werden. Angesichts dessen erscheint eine Anpassung der zeitlichen Frist für Durchführung und Abschluss der differenzialdiagnostischen Abklärung auf vier Wochen angemessen.	
06	BVDN	KBV	Übernahme	Differentialdiagnostik muss geplant werden – dafür ist Frist von 4 Wochen angemessen, da Eingangssprechstunde in kürzerem Zeitrahmen	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 3			<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV: sieben Werktagen (wie bisher), KBV: vier Wochen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				erforderlich und damit Priorisierung von Interventionen damit schon möglich ist – insbesondere Akut- und Kriseninterventionen.	
07	BVDP	KBV	Übernahme	Die Differentialdiagnostische Abklärung muss individuell geplant werden. Dafür ist eine Frist von 4 Wochen grundsätzlich angemessen, da ja die Eingangssprechstunde bereits zuvor erfolgt und damit eine Priorisierung von Interventionen schon möglich ist, insbesondere Akut- und Kriseninterventionen.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
09	DGPPN	GKV-SV/ DKG/ PatV	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von GKV-SV/DKG/PatV an.	Für die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen ist eine schnelle Versorgung erforderlich.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV: Siehe lfd. Nr. 01.
10	Bvvp			<i>Evaluation: Siehe Frist für Eingangssprechstunde.</i> Letztlich gilt dasselbe wie bei der Frist für die Eingangssprechstunde. Die Patient*innen werden schon durch die Aussicht auf die weitere Abklärung entlastet, und den Praxen wird Druck genommen.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV/DKG/PatV: Die Versorgung der KSVPsych-RL richtet sich an eine vulnerable Patientengruppe, für die insbesondere auch ein

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 3			<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV: sieben Werktagen (wie bisher), KBV: vier Wochen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					kurzfristiger Zugang zur Versorgung von Bedeutung ist. Die bisherige Formulierung „i. d. R.“ ermöglicht eine Abweichung von dieser zeitlichen Vorgabe, sofern dies erforderlich sein sollte. KBV: Siehe lfd. Nr. 01.
11	DVGP	GKV-SV/ DKG/ PatV	Beibehaltung der bisherigen Fristen	Kurzfristige, leichte Erreichbarkeit ist für die Zielgruppe von großer Bedeutung.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV: Siehe lfd. Nr. 01.
12	BAG-GPV		Wir plädieren hier für einen Kompromiss, das wären max. 2 Wochen bzw. 10 Werktage.	Die von der KBV vorgeschlagenen vier Wochen erscheinen uns eindeutig zu lang, die Frist von sieben Werktagen erscheint dagegen in einigen Fällen als zu kurz.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV/DKG/PatV: Siehe lfd. Nr. 10 KBV: Siehe lfd. Nr. 01.
15	BPM	KBV	Übernahme	Die differentialdiagnostische Abklärung muss individuell geplant werden. Dafür ist eine Frist von 4 Wochen grundsätzlich angemessen, da ja die Eingangssprechstunde bereits zuvor erfolgt und	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 3			<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV: sieben Werktagen (wie bisher), KBV: vier Wochen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				damit eine Priorisierung von Interventionen schon möglich ist, insbesondere Akut- und Kriseninterventionen.	
16	ackpa	GKV-SV/ DKG/ PatV	ackpa unterstützt die Position des GKV-SV/DKG	Für Patienten, die von schweren Verläufen psychischer Erkrankungen betroffen sind und einen komplexen -hilfebedarf haben, ist eine Verlängerung der Frist nicht vertretbar.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV: Siehe lfd. Nr. 01.
18	DNVF	GKV-SV/ DKG/ PatV	Das DNVF schließt sich dem Vorschlag der GKV-SV/DKG an.	s.o.	KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV: Siehe lfd. Nr. 01.
19	PIBB	KBV	KBV: 4 Wochen	s.o.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.
20	DGVT-BV	KBV	Zustimmung KBV-Position	Andere Frist in Anbetracht der Versorgungslandschaft nicht realistisch.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.
23	BDP	KBV	Zustimmung	Erhöht die Realisierbarkeit	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.
24	APK	GKV-SV/ DKG/ PatV	Die Frist von sieben Tagen sichert den zügigen Beginn der Behandlung.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 3			<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV: sieben Werktagen (wie bisher), KBV: vier Wochen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					KBV Siehe lfd. Nr. 01.
25	DGPM	KBV	Die Frist für eine differentialdiagnostische Abklärung sollte auf innerhalb von vier Wochen festgelegt werden.	In der Versorgungsrealität sind 7 Tage nicht realistisch umsetzbar.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.
26	Diakonie Dtl.		Die Diakonie Deutschland gibt zu Bedenken, dass für eine differenzialdiagnostische Abklärung bei einigen Patient*Innen zuvor ausreichend Zeit zur Verfügung stehen muss, um Vertrauen aufzubauen und für eine mögliche Behandlung zu motivieren.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
28	DGPT	KBV	Wir stimmen der Position der KBV zu.		KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.
30	BAG Psychia	GKV-SV/DKG/PatV	Sieben Werktage (wie bisher)	Sieben Tage sind sinnvoll – eine verlängerte Frist würde das übergeordnete Ziel der KSVPsych- RL	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 3			<u>Frist für Differenzialdiagnostische Abklärung:</u> in der Regel innerhalb von GKV-SV/DKG/PatV: sieben Werktagen (wie bisher), KBV: vier Wochen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
	trie und VKD			konterkarieren (zeitnahe Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten).	KBV: Siehe lfd. Nr. 01.
31	CBP und DCV	GKV-SV/DKG/PatV	Die Frist für die differentialdiagnostische Abklärung soll unverändert 7 Werktage betragen.	Auch hier besteht die Befürchtung, dass eine Verlängerung der Fristen der Versorgung des Personenkreises nicht wirklich gerecht wird.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV: Siehe lfd. Nr. 01.
32	DPtV	KBV	Zustimmung	Zu enge Fristen können Versorgungsbarrieren provozieren. Zu kurze Fristen können für psychisch erkrankte Menschen ungünstigen Termindruck erzeugen.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.

§ 6 Absatz 1 Nummer 5 (Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation)

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 5			Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
01	BPtK	allen	Die Änderung erscheint sachgerecht.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 5			Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
05	DFPP		Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
06	BVDN	allen?	Übernahme	Änderung ist zu begrüßen	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
07	BVDP	allen?	Übernahme	Diese Änderung wird unterstützt.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
09	DGPPN		Die DGPPN schließt sich dem an.	Änderung ist zu begrüßen	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
11	DVGP		Zustimmung zu „verständlich“, Ablehnung der Streichung der Klammer	Es kommt für die Zielgruppe auf Verständlichkeit an. Auf die Qualitätsmerkmale „gemeinsame Entscheidungsfindung, unterstützte Patientenkommunikation“ sollte aber keinesfalls verzichtet werden.	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt; der Klammerzusatz wird beibehalten und um ein „unter anderem“ ergänzt, um zu verdeutlichen, dass es sich nicht um eine abschließende Aufzählung handelt.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 5			Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					PatV: Der Anregung des Stellungnehmers wird grundsätzlich gefolgt. Eine Ergänzung des Attributs „verständlich“ ist zu begrüßen. (vgl. lfd. Nr. 18)
13	BAPP		Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
14	BFLK		Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
15	BPM	allen?	Übernahme	Diese Änderung wird unterstützt.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
16	ackpa		ackpa unterstützt den Vorschlag.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
18	DNVF		Es sollte hier ergänzt werden: „ eine einheitliche verständliche Patientenkommunikation (partizipative Entscheidungsfindung, unterstützte Kommunikation) gewährleistet ist ... “	Eine einseitige Patientenkommunikation von Behandlern zu Patienten ist ein veraltetes Konzept, da so nicht in der RL verankert werden sollte (Vgl. Aoki 2022, DGPPN 2019)	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV/KBV/DKG: Der Anregung der Stellungnehmer wird im Hinblick auf die Beibehaltung des Klammerzusatzes gefolgt. Das Ersetzen des Begriffes „einheitlich“

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 5			Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					durch „verständlich“ dient der Klarstellung, dass sich die Kommunikation an den jeweiligen Bedarfen der Patientin oder des Patienten orientiert; eine einseitige Patientenkommunikation, wie in der Begründung angeführt, wird nicht angestrebt. PatV: Der Anregung des Stellungnehmers wird grundsätzlich gefolgt. Eine Ergänzung des Attributs „verständlich“ um ein weiteres wie „partizipativ“ ist zu begrüßen. Sie stärkt das Prinzip des Shared Decision Making, indem sie über die reine Verständlichkeit hinaus auch die aktive Einbindung der Patienten in die Entscheidungsprozesse betont. Eine solche Klarstellung würde die patientenzentrierte Versorgung unterstützen.
19	PIBB		Zu § 6 Absatz 1 Nr. 6 (Statt „einheitliche“ „verständliche Patienten-kommunikation“)	An dieser Stelle sollte der hohe Standard für die Ambulante Komplexbehandlung nicht abgesenkt werden. Wie im stationären Bereich	GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 5			Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			Kommentar PIBB: „Fehlt hier trotz Änderung in der Synopse“) Eine einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation sollte weiterhin gewährleistet sein.	sollte dies auch in der vernetzten ambulanten Behandlung gegeben sein.	GKV-SV: Ein Absenken der Standards zur Patientenkommunikation ist nicht Ziel dieser Neuregelung. Es dient ausschließlich der Klarstellung, dass sich die Kommunikation an den jeweiligen Bedarfen der Patientin oder des Patienten orientiert. KBV: 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.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 5			Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					DKG: Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. 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. PatV: Der Anregung des Stellungnehmers wird grundsätzlich gefolgt. Siehe lfd. Nr. 18.
20	DGVT-BV		Zustimmung	Patient*innenorientierung ist aus Sicht unseres Verbands wichtig.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 5			Ersetzen der Vorgabe einer „einheitlichen“ durch „verständliche“ Patientenkommunikation.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
24	APK		Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
25	DGPM		Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
28	DGPT		Die vorgesehene Änderung ist zu begrüßen.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
32	DPtV		Zustimmung	sachgerecht	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§ 6 Absatz 1 Nr. 6 – 7 (Telematikinfrastruktur)

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 – 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6			<u>Telematikinfrastruktur</u> : Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
01	BPtK	allen	Die BPtK begrüßt die vorgeschlagenen Änderungen.	Es ist sachgerecht, dass die organisatorischen Anforderungen flexibilisiert werden, Vorgaben zur Einheitlichkeit der Prozesse reduziert werden und verstärkt auf Nutzungspotentiale im Rahmen der Digitalisierung im Gesundheitswesen, einschließlich der Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur sowie der elektronischen Patientenakte abgestellt wird.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
05	DFPP	allen	Die DFPP stimmt dieser Aussage zu		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
06	BVDN	allen	Übernahme	Diese Änderung ist zu begrüßen, weil damit flexibel die jeweils neuen und in der Versorgung praktikablen Kommunikationswege genutzt werden können – Anpassungen können schwellenarm umgesetzt werden	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 – 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6			<u>Telematikinfrastruktur</u> : Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
07	BVDP	allen	Übernahme	Diese Änderung wird unterstützt, weil damit die in der Regel-Versorgung vorgesehenen Kommunikationswege genutzt werden können. Mögliche Anpassungen im Behandlungskonzept können so leichter umgesetzt werden	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
08	DVE	allen	Die Nutzung der Telematikinfrastruktur unterstützen wir als zeitgemäßes Verfahren.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
09	DGPPN	allen	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von allen an.	Diese Änderung ist zu begrüßen, weil damit flexibel die jeweils neuen und in der Versorgung praktikablen Kommunikationswege genutzt werden können – Anpassungen können schwellenarm umgesetzt werden	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
11	DVGP	allen	An allen genannten Stellen ist die Beteiligung bzw. mindestens die vollständige Information des/der Patient:in zwingend vorzuschreiben.	Die Nutzung von Telekommunikation darf nicht dazu führen oder beitragen, dass Leistungserbringer sich untereinander besprechen, ohne dass der/die Pat. Davon erfährt, insbesondere	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. Die Nutzung einheitlicher KIM-Standards zur Übermittlung von Dokumenten und eines

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 – 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6			<u>Telematikinfrastruktur</u> : Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Behandlungsentscheidungen und ihre Begründungen nicht kennt.	sicheren TI-Messengers ist zeitgemäß und zukunftsweisend. Die geregelte Kommunikation betrifft ausschließlich den Austausch unter Leistungserbringern. Dass die Leistungserbringenden ihre Kommunikation untereinander sowie mit den Patientinnen und Patienten abstimmen, wird als Standard vorausgesetzt. Der Verweis auf die Telematik-Infrastruktur soll deutlich machen, dass die Leistungserbringenden keine neue eigene IT-gestützte Plattform einrichten müssen.
13	BAPP	allen	Die BAPP stimmt dieser Aussage zu		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
14	BFLK	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
15	BPM	allen	Übernahme	Diese Änderung wird unterstützt, weil damit die in der Regelversorgung vorgesehenen Kommunikationswege genutzt werden	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage		Änderung der KSVPsych-RL			
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 – 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6		<u>Telematikinfrastruktur</u> : Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.			
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				können. Mögliche Anpassungen im Behandlungskonzept können so leichter umgesetzt werden.	
16	ackpa	allen	ackpa unterstützt den Vorschlag aller.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
19	PIBB	allen	Zu § 6 Absatz 1 Nr. 6 – 7 und Folge Regelungen (Telematikinfrastruktur): Zustimmung.	Dies sollte aber nicht obligatorisch sein.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 11
20	DGVT-BV	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
23	BDP	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
24	APK	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
25	DGPM	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage		Änderung der KSVPsych-RL			
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 – 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6		<u>Telematikinfrastruktur</u> : Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.			
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
28	DGPT	allen	Diese Änderung ist zu begrüßen.	Diese Änderung ist zu begrüßen, weil damit flexibel die jeweils neuen und in der Versorgung praktikablen Kommunikationswege genutzt werden können – Anpassungen können schwellenarm umgesetzt werden	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
30	BAG Psychiatrie und VKD	allen	Eine funktionierende Kommunikation aller Netzverbundmitglieder über die TI ist wünschenswert.	Hierfür sind insbesondere die Kommunikation im Medizinwesen (KIM) – aber perspektivisch auch TI-Messenger-Lösungen – vorgesehen. Allerdings erfolgt bisher auf Ebene der Leistungserbringer wenig Korrespondenz über die KIM (Einschätzung BAG). Viele Krankenhäuser haben zum derzeitigen Stand die Integration der KIM-Postfächer in das KIS noch nicht abgeschlossen. Zudem ergibt sich bei größeren Verbünden mit tagesklinischen und ambulanten Strukturen aktuell die Herausforderung der Implementierung vieler (kostenpflichtiger) KIM- Mailadressen für die Einzelstandorte, die beantragt und verwaltet werden müssen. Hier ist (aus Sicht	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage		Änderung der KSVPsych-RL			
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 – 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6		<u>Telematikinfrastruktur:</u> Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.			
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)) der erforderliche Umsetzungsgrad in Bezug auf die TI noch nicht gegeben.	
31	CBP und DCV	allen	Eine funktionierende Kommunikation aller Netzverbundmitglieder über die TI ist wünschenswert.	Hierfür sind insbesondere die Kommunikation im Medizinwesen (KIM) – aber perspektivisch auch TI-Messenger-Lösungen – vorgesehen. Allerdings erfolgt bisher auf Ebene der Leistungserbringer wenig Korrespondenz über die KIM. Viele Krankenhäuser haben zum derzeitigen Stand die Integration der KIM-Postfächer in das KIS noch nicht abgeschlossen. Zudem ergibt sich bei größeren Verbünden mit tagesklinischen und ambulanten Strukturen aktuell die Herausforderung der Implementierung vieler (kostenpflichtiger) KIM-Mailadressen für die Einzelstandorte, die beantragt und verwaltet werden müssen. Hier ist der erforderliche Umsetzungsgrad in Bezug auf die TI noch nicht gegeben.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nr. 6 – 7 sowie § 6 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3, § 9 Absatz 1 § 11 Absatz 6			<u>Telematikinfrastruktur</u> : Die Kommunikation der Netzverbundmitglieder kann unter Einbezug von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erfolgen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
32	DPtV	allen	Zustimmung	sachgerecht	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§ 6 Absatz 1 Nummer 10 (Patientenorientierte Fallbesprechungen)

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 10			<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
01	BPTK	KBV	Die BPTK unterstützt die Position der KBV, die Mindestvorgabe für die Frequenz der Fallbesprechungen, an denen alle an der Versorgung Beteiligten teilnehmen, auf einmal im Quartal abzusenden.	Aus Sicht der BPTK ist es sinnvoll, die Frequenz der Fallbesprechungen – an denen tatsächlich alle an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer*innen und Einrichtungen teilnehmen – stärker patientenindividuell und am konkreten Abstimmungsbedarf orientiert auszugestalten. Bei einer substanziellen Gruppe von Patient*innen wird es nicht in allen Phasen des Behandlungsverlaufs erforderlich sein, dass	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 10			<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Fallbesprechungen mit allen an der Versorgung Beteiligten mindestens zweimal im Quartal erfolgen. Eine ausreichende Abstimmung zwischen den beteiligten Leistungserbringer*innen wird zudem im Rahmen der Koordination der Versorgung gewährleistet, wodurch der erforderliche Austausch je nach beteiligter Leistungserbringer*in bedarfsgerecht in höherer Frequenz auch bilateral durch die koordinierende Person oder die Bezugsärzt*in bzw. Bezugspsychotherapeut*in gewährleistet wird.	
05	DFPP	GKV-SV/ DKG/ PatV	Die DFPP stimmt den Ausführung der GKV-SV / DKG / PatV zu	Wie bereits beschrieben wurde, findet die pHKP Versorgung nur im Rahmen der RV statt und dadurch kommt jeder Betroffene lediglich einmal in einer Besprechung vor, weil im nächsten Quartal der Betroffene die Versorgung der pHKP verlassen hat und deswegen auch keine Patientenorientierte Fallbesprechung stattfindet.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV: Keine Änderung. Begründung: Ein Kernelement der Richtlinie ist der berufsgruppenübergreifende Austausch der an der Versorgung Beteiligten. Dieses Kernelement wird weiterhin durch die Richtlinie gewährleistet, allerdings durch die Anpassung flexibler und

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 10			<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					bedarfsgerechter ausgestaltet. Insbesondere bei phasenweise stabilen Patienten sind Fallbesprechung einmal im Quartal bedarfsgerecht. Daher wird auf weitergehende Vorgaben verzichtet und dies in die Abstimmung der beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gegeben. Zu berücksichtigen ist weiter, dass ein kontinuierlicher Austausch der beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in der Koordination angelegt ist.
06	BVDN	KBV	Übernahme	Flexibilität und Erfordernis der verbindlichen Implementierung einer Fallkonferenz ist mit der Festlegung auf 1x/Quartal ausreichend berücksichtigt – verantwortlich dafür ist der Bezugsarzt/ -psychotherapeut – bei entsprechender Notwendigkeit kann dies mehrfach erfolgen	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 10			<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				• Bilaterale Kommunikation von an der Versorgung eines Pateinten Beteiligen, die nicht einer Fallkonferenz entsprechen muss, kann über Kommunikationswege, wie oben beschrieben erfolgen • Im Sinne der Arbeitseffektivität zur Bewältigung der Gesamtversorgung sollte die Einberufung einer Fallkonferenz so oft wie nötig erfolgen – eine überflüssige Ressourcenbindung, wenn es eben nicht unbedingt als Fallkonferenz erforderlich ist, sollte aber vermieden werden – deswegen 1x/Quartal ausreichend	
07	BVDP	KBV	Übernahme	Die verbindliche Implementierung einer Fallkonferenz ist mit der Festlegung auf 1x/Quartal ausreichend geregelt. Verantwortlich dafür ist der Bezugsarzt/ -psychotherapeut, bei entsprechender Indikation kann dies selbstverständlich auch mehrfach erfolgen Die bilaterale Kommunikation von an der Versorgung eines Pateinten Beteiligen, die auch außerhalb von Fallkonferenz regelhaft erfolgen muss, kann über diese Kommunikationswege, wie oben beschrieben erfolgen.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 10			<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Die Einberufung einer Fallkonferenz sollte so oft wie nötig erfolgen. Eine überflüssige Ressourcenbindung sollte aber vermieden werden, deswegen ist die Festlegung auf 1x/Quartal wirtschaftlich, ausreichend und zweckmäßig.	
08	DVE	GKV-SV/ DKG/ PatV	Wir unterstützen die Beibehaltung der Frequenz (mind. 2x/Quartal)	Die Fallbesprechungen sind wesentlicher Mehrwert der Komplexleistung und insbesondere unter dem Selbstverständnis partizipativer Gesatlung des Behandlungsprozesses elementar.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV: Keine Änderung. Begründung: Siehe lfd. Nr. 05.
09	DGPPN	KBV	Die DGPPN unterstützt den Änderungsvorschlag der KBV.	Flexibilität und Erfordernis der verbindlichen Implementierung einer Fallkonferenz ist mit der Festlegung auf 1x/Quartal ausreichend berücksichtigt – verantwortlich dafür ist der Bezugsarzt ⁷ -psychotherapeut – bei entsprechender Notwendigkeit kann dies mehrfach erfolgen Im Sinne der Arbeitseffektivität zur Bewältigung der Gesamtversorgung sollte die Einberufung einer Fallkonferenz so oft wie nötig erfolgen – eine überflüssige Ressourcenbindung, wenn es eben nicht unbedingt als Fallkonferenz erforderlich ist,	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 10			<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				sollte aber vermieden werden – deswegen 1x/Quartal ausreichend	
10	bvvp	KBV	sachgerecht	Ein sorgsamer Umgang mit den begrenzten Ressourcen und eine fachlich begründete Versorgung bedeuten, dass Maßnahmen bedarfsgerecht indiziert und durchgeführt werden und nicht nach einer von Außen auferlegten Verpflichtung.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
11	DVGP	GKV-SV/ DKG/ PatV	Zustimmung zur Beibehaltung	Eine Senkung der Qualitätsanforderung ist zu vermeiden.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV: Keine Änderung. Begründung: Siehe lfd. Nr. 05.
12	BAG-GPV		Eine patientenindividuelle Frequenz kann schnell beliebig und abhängig von anderen Faktoren interpretiert werden. Ein feste Setzung, wie bisher, ist hier besser geeignet.	Der Vorteil einer solchen RL ist doch u. a. der, dass die Patientinnen und Patienten eine bessere und umfassendere Versorgung erhalten. Dazu gehört auch eine engere Taktung der Kontakte/Termine.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV: Keine Änderung. Begründung: Ein Kernelement der Richtlinie ist der berufsgruppenübergreifende Austausch der an der Versorgung Beteiligten. Dieses Kernelement wird weiterhin durch die Richtlinie

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 10			<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					gewährleistet, allerdings durch die Anpassung flexibler und bedarfsgerechter ausgestaltet. Insbesondere bei phasenweise stabilen Patienten sind Fallbesprechung einmal im Quartal bedarfsgerecht. Daher wird auf weitergehende Vorgaben verzichtet und dies in die Abstimmung der beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gegeben. Zu berücksichtigen ist weiter, dass ein kontinuierlicher Austausch der beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in der Koordination angelegt ist. Weiterhin ist zu beachten, dass es hier nicht um individuelle Behandlungs- und Therapietermine des Patienten oder der Patientin geht, deren

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 10			<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					Taktung in der Entscheidung der behandelnden Person liegen.
13	BAPP	GKV-SV/ DKG/ PatV	Die BAPP stimmt den Ausführung der GKV-SV / DKG / PatV zu	Da die pHKP aktuell nur im Rahmen der Regelversorgung für maximal vier Monate erbracht wird, kann bei vielen Patient*innen keine kontinuierliche Einbindung in fallbezogene Besprechungen erfolgen. Eine Anpassung der Rahmenbedingungen ist daher erforderlich weil im nächsten Quartal der Betroffene die Versorgung der pHKP verlassen hat und deswegen auch keine Patientenorientierte Fallbesprechung stattfindet.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV: Keine Änderung. Begründung: Ein Kernelement der Richtlinie ist der berufsgruppenübergreifende Austausch der an der Versorgung Beteiligten. Dieses Kernelement wird weiterhin durch die Richtlinie gewährleistet, allerdings durch die Anpassung flexibler und bedarfsgerechter ausgestaltet. Insbesondere bei phasenweise stabilen Patientensind Fallbesprechung einmal im Quartal bedarfsgerecht. Daher wird auf weitergehende Vorgaben verzichtet und dies in die Abstimmung der beteiligten Leistungserbringerinnen und

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 10			<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					Leistungserbringer gegeben. Zu berücksichtigen ist weiter, dass ein kontinuierlicher Austausch der beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in der Koordination angelegt ist. Die Problematik der Begrenzung der Versorgung durch die pHKP ist durch eine höhere Frequenz der Fallbesprechungen nicht lösbar.
14	BFLK	GKV-SV/ DKG/ PatV	Die Position wird unterstützt	Aufgrund des Bedarfs der schwer psychisch Erkrankten ist die bisherige Regelung sinnvoll.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV: Keine Änderung. Begründung: Siehe lfd. Nr. 05.
15	BPM	KBV	Übernahme	Die verbindliche Implementierung einer Fallkonferenz ist mit der Festlegung auf 1x/Quartal ausreichend geregelt. Verantwortlich dafür ist der Bezugsarzt -psychotherapeut, bei entsprechender Indikation kann dies selbstverständlich auch mehrfach erfolgen.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 10			<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Die bilaterale Kommunikation von an der Versorgung eines Patienten Beteiligten, die auch außerhalb von Fallkonferenzen regelhaft erfolgen muss, kann über diese Kommunikationswege, wie oben beschrieben, erfolgen. Die Einberufung einer Fallkonferenz sollte so oft wie nötig erfolgen. Eine überflüssige Ressourcenbindung sollte aber vermieden werden, deswegen ist die Festlegung auf 1x/Quartal wirtschaftlich, ausreichend und zweckmäßig.	
16	ackpa	KBV	ackpa unterstützt den Vorschlag der KBV	Hiermit werden Qualitätssicherung einerseits sowie Flexibilität und Ressourcenschonung andererseits unterstützt.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
19	PIBB	KBV	KBV: mind. Einmal im Quartal	Gerade bei längerandauernden Komplexbehandlungen ist eine Fallbesprechung einmal im Quartal ausreichend. Zu Beginn der Behandlung können ggf. engmaschigere Fallbesprechungen durchgeführt werden.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
20	DGVT-BV	KBV	Zustimmung KBV-Position		KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
21	DDPP	GKV-SV/DKG/PatV	Frequenz wie bisher mindestens zweimal im Quartal	Da es sich um schwer und komplex erkrankte Menschen handelt, ist eine Besprechung zwei mal im Quartal notwendig.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 10			<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					KBV: Keine Änderung. Begründung: Siehe lfd. Nr. 05.
22	DGSP	GKV-SV/ DKG/ PatV	Patientenindividuell ist nicht konkret genug. Es wird eine Festsetzung, wie bisher benötigt.	Keine Aufweichung der Versorgung an dieser Stelle.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV: Keine Änderung. Begründung: Siehe lfd. Nr. 05.
23	BDP	GKV-SV/ DKG/ PatV	Zustimmung 2 Mal im Quartal	Erscheint bei schweren Komplexerkrankungen sinnvoll	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV: Keine Änderung. Begründung: Siehe lfd. Nr. 05.
24	APK	GKV-SV/ DKG/ PatV	Die bisherige Frequenz sollte beibehalten werden.	Die 6-Wochen Taktung sichert die Kontinuität und Verbindlichkeit, die zeitliche Intensität kann dabei variieren.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV: Keine Änderung. Begründung: Siehe lfd. Nr. 05.
25	DGPM	KBV	Eine Mindestvorgabe von einmal im Quartal ist ausreichend.	Eine höhere Frequenz der Fallbesprechung sollte patientenindividuell und durch die im Behandlungsplan benannte koordinierende Person festgelegt werden.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
28	DGPT	KBV	Wir stimmen der Position der KBV zu.		KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 10			<u>Patientenorientierte Fallbesprechungen</u> KBV: Die Frequenz wird patientenindividuell bestimmt, mindestens einmal im Quartal, GKV-SV/DKG/PatV: Frequenz mindestens zweimal im Quartal (wie bisher).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
30	BAG Psychiatrie und VKD	GKV-SV/DKG/PatV	Die DKG-Position wird unterstützt		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV: Keine Änderung. Begründung: Siehe lfd. Nr. 05.
31	CBP und DCV	GKV-SV/DKG/PatV	Patientenorientierte Fallbesprechungen sollen weiterhin mindestens zweimal im Quartal stattfinden.	Die berufsgruppenübergreifenden patientenorientierten Fallbesprechungen bilden ein Kernelement der Versorgung im Netzverbund und sind aus gutem Grund gerade für die Versorgung von Patient:innen mit komplexem Behandlungsbedarf implementiert worden. Die Behandlungsbedarfe bei dieser Gruppe von Patienten sind nicht selten von einer großen Dynamik geprägt, über die sich die Verbundpartner:innen und Patient:innen möglichst zeitnah miteinander verständigen sollten. Sie dienen zudem der Transparenz des gesamten Behandlungsprozesses für alle Beteiligten.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV: Keine Änderung. Begründung: Siehe lfd. Nr. 05.
32	DPtV	KBV	Zustimmung	Eine patientenindividuelle Frequenz mit entsprechender Mindestvorgabe ist ressourcenschonend bei gleichzeitiger Sicherung einer ausreichenden Fallabstimmung einmal im Quartal.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV) (Niedrigschwellige Gruppenangebote)

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)			KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
01	BPtK	KBV	Die BPtK begrüßt die Ergänzung um niedrigschwellige Gruppenangebote zur Psychoedukation und Ressourcenstärkung als Leistungsangebot, das von den Netzverbünden für Patient*innen und Angehörige eingerichtet werden kann.	Durch die Einrichtung dieser niedrigschwelligen psychoedukativen Gruppenangebote kann das Versorgungspotential in den Netzverbünden weiter ausgebaut und zielgruppenspezifisch implementiert werden und stellt eine sinnvolle Ergänzung zu den bestehenden gruppenpsychotherapeutischen Angeboten der Regelversorgung dar, bei denen zur Leistungserbringung eine eigene Abrechnungsgenehmigung für die gruppenpsychotherapeutische Behandlung in einem Richtlinienpsychotherapieverfahren vorliegen muss. Für die Durchführung der niedrigschwelligen psychoedukativen gruppenpsychotherapeutischen Angebote ist eine solche spezifische gruppenpsychotherapeutische Qualifikation in einem Richtlinienpsychotherapieverfahren nicht erforderlich. Vor dem Hintergrund, dass ein erheblicher Teil der zugelassenen	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)			KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen derzeit nicht über die Abrechnungsgenehmigung für die gruppenpsychotherapeutische Behandlung in einem Richtlinienpsychotherapieverfahren verfügt, könnte über eine entsprechende Ergänzung des Leistungsangebots im Rahmen der KSVPsych-Richtlinie das Versorgungsangebot in den Netzverbünden erheblich erweitert werden und mehr Patient*innen und Angehörigen von einer Wissensvermittlung über ihre Erkrankungen, Selbsthilfestrategien und Fertigkeiten in der Krankheitsbewältigung im Gruppensetting mit seinen spezifischen Wirkfaktoren profitieren. Im Innovationsfondsprojekt NPPV konnten über 200 entsprechende gruppenpsychotherapeutische Angebote in den Netzregionen erfolgreich umgesetzt werden und wurden von den Projektteilnehmenden positiv bewertet. Der unmittelbare Vergleich hinsichtlich der Effekte der psychoedukativen Gruppenangebote auf die Bewältigung der	

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)			KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Krankheit im Alltag und die Belastung durch die Erkrankung mit den deutlich intensiveren gruppenpsychotherapeutischen Behandlungen in der Kontrollgruppe ist dabei angesichts der Zielstellungen, der Struktur und dem zeitlichen Umfang der Gruppenangebote nicht sachgerecht. Zu beachten ist vielmehr, dass mit zwischen 47 Prozent und 60 Prozent immer noch ein hoher Anteil der Patient*innen, die an diesen niedrigschwelligen Gruppenangeboten teilgenommen haben, der Aussage zustimmen, dass ihnen das Gruppenangebot hilft mit der Erkrankung besser im Alltag zurecht zu kommen.	
02	BfDI	KBV	In § 6 Abs. 1 Nr. 11 der Richtlinie ist (bislang als Dissens) folgende Regelung vorgesehen: <i>„Die Netzverbünde gemäß § 3 Absatz 2 können niedrigschwellige Gruppenangebote zur Psychoedukation und</i>		KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. Begründung: Die in der Stellungnahme hinterfragten Problematiken werden in Anlage 31b zum BMV-Ä „Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)			KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			<i>Ressourcenstärkung für Patientinnen und Patienten und deren Angehörige einrichten. Sie werden von teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern geleitet. Der Zugang erfolgt auf Empfehlung der Bezugärztin oder des Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten. Die Gruppenangebote können auch von mehreren Verbänden gemeinsam realisiert werden. Hier kann auch der Einsatz der Möglichkeiten von Gruppen-Videosprechstunden erfolgen.“</i> Diesbezüglich ist derzeit noch unklar, wie die Gruppen-Videosprechstunde konkret		gemäß § 365 Absatz 1 SGB V“ geregelt. Diese gilt auch für die teilnehmenden Leistungserbringer. Wir verweisen hier insbesondere auf die §§ 2 bis 5.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)			KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			gestaltet werden soll. Hierzu bitte ich um entsprechende Konkretisierungen im Begründungsteil. Ich gehe derzeit davon aus, dass das nach § 6 Abs. 1 Nr. 11 vorgesehene Gruppenangebot nicht ausschließlich innerhalb des Angehörigenkreises der Patientinnen und Patienten stattfindet, sondern Patientinnen und Patienten, die sich untereinander unbekannt sind, im Rahmen der Gruppen-Videosprechstunde zusammenkommen. Das Bekanntwerden der Teilnahme an psychotherapeutischen Gesprächsangeboten kann für die Teilnehmenden mit Stigmatisierung verbunden		

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)			KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			sein. Deswegen ist wichtig, dass beispielsweise das Aufzeichnen der Gruppen-Videosprechstunde durch einzelne Teilnehmende nicht möglich ist. Ebenfalls ist unklar, ob die Teilnehmenden zur Verwendung des Video-Tools für die Gruppensprechstunde zunächst Nutzungsbedingungen akzeptieren und hierzu ggf. in die Verarbeitung von personenbezogenen Daten durch die Anbieter des Video-Tools einwilligen müssen. Hier sind die Rahmenbedingungen für die Teilnahme so zu gestalten, dass dem datenschutzrechtlichen Kopplungsverbot Rechnung		

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)			KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			getragen wird (Art. 7 Abs. 4 DSGVO).		
05	DFPP	KBV	Die DFPP begrüßt den Vorschlag der KBV	Wir konnten ambulant die Erfahrung machen, dass niedrigschwellige Angebot sinnvoll sind, dazu bedarf es einer separaten Vergütungsregelung mit der Krankenkasse (wie z.B. in der Soziotherapie)	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
06	BVDN	KBV	Übernahme	• Niedrigschwellige Gruppenangeboten waren Kernelement des Versorgungsprojektes des Innovationsfonds in der KV Nordrhein und wurden positiv evaluiert • Therapeutisch ist die Gruppentherapie sinnvoll, weil neben der psychoedukativen der gruppenspezifische Effekt zum Tragen kommt • Es handelt sich hier nicht um eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung – diese ist in der Regel mit hohen Anforderungen an die Teilnahme gebunden – Patienten mit schwerer psychischer Beeinträchtigung sind meist nicht in der Lage, von dieser Intervention zu profitieren oder erfüllen die Eingangsvoraussetzungen	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)			KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				(zeitliche Zuverlässigkeit, Einhalten der Kommunikationsregeln, erforderliche mnestische Kompetenzen, ...) dafür nicht – gruppentherapeutische Angebote zur Psychoedukation oder zum Skills-Training können flexibler gestaltet werden, offene Gruppen sind besser zu implementieren. • Gerade für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind niedrigschwellige und offene Gruppenangebote eine gute Möglichkeit, Teilhabe-Fähigkeiten wieder zu entwickeln.	
07	BVDP	KBV	Übernahme	Niedrigschwellige Gruppenangebote waren eines der positiv evaluierten Kernelemente des Innovationsfonds- Projektes NPPV der KV Nordrhein. Es handelt sich hier nicht um eine richtlinien-gruppenpsychotherapeutische Behandlung. Diese ist in der Regel mit hohen Anforderungen an die Teilnahme gebunden – Patienten mit schwerer psychischer Beeinträchtigung sind meist nicht in der Lage, von dieser Intervention zu profitieren oder sie erfüllen nicht die Eingangsvoraussetzungen	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)			KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				(zeitliche Zuverlässigkeit, Einhalten der Kommunikationsregeln, erforderliche mnestische Kompetenzen). Gruppentherapeutische Angebote zur Psychoedukation oder zum Skills-Training können flexibler gestaltet werden als Richtlinien-Gruppenpsychotherapie. Diese offene Gruppenstruktur ist zurdem besser zu implementieren. Gerade für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind niedrigschwellige und offene Gruppenangebote eine gute Möglichkeit, Teilhabe-Fähigkeiten wieder zu entwickeln.	
09	DGPPN	KBV	KBV		KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
10	bvvp	KBV	Sachgerecht und wichtig.	Niederschwellige Gruppenangebote wären ein extrem geeignetes Mittel, um für viele Patient*innen und deren Angehörigen schnelle, ressourcenschonende und fachlich fundierte Angebote machen zu können. Bereits im NPPV-Vertrag hat sich gezeigt, dass dies das das bestgenutzte Versorgungselement war. Zu überlegen ist, ob	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)			KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				dies auch Behandelnden ohne Gruppenzulassung ermöglicht werden kann, wenn es sich um rein psychoedukative Gruppen handelt.	
11	DVGP	KBV	Ablehnung dieser detaillierten Regelung	Die Durchführung psychotherapeutischer und ähnlicher Gruppen ist ohnehin möglich. Die hier vorgeschlagene Regelung erscheint darum unnötig.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. Begründung: Psychoedukation stärkt die Ressourcen zur Krankheitsbewältigung bei Patienten und Patientinnen sowie deren Angehörigen. Im Gruppensetting können die Patientinnen und Patienten von den Erfahrungen und Strategien anderer Personen profitieren. Der unmittelbare Vergleich hinsichtlich der Effekte mit den deutlich intensiveren gruppenpsychotherapeutischen Behandlungen nach der Regelversorgung ist dabei angesichts der Zielstellungen, der Struktur und dem zeitlichen Umfang der Gruppenangebote nicht sachgerecht.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)			KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
12	BAG-GPV	KBV	Das lehnen wir ab!	Diese Leistungen können über die Regelleistungen erbracht werden. Das Arrangement erscheint darüber hinaus eher hochschwierig in der Umsetzung.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. Begründung: Siehe lfd. Nr. 11.
13	BAPP	KBV	Die BAPP begrüßt den Vorschlag der KBV	Aus Sicht der BAPP sind niedrigschwellige Gruppenangebote sinnvoll und sollten im Rahmen der KSVPsych-Versorgung als ergänzendes Versorgungsmodul etabliert werden. Hierfür ist jedoch eine eigenständige Vergütungsregelung – analog zur Soziotherapie – erforderlich.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
15	BPM	KBV	Übernahme	Niedrigschwellige Gruppenangebote waren eines der positiv evaluierten Kernelemente des Innovationsfonds-Projektes NPPV der KV Nordrhein. Es handelt sich hier nicht um eine richtlinien-gruppenpsychotherapeutische Behandlung. Diese ist in der Regel mit hohen Anforderungen an die Teilnahme gebunden – Patienten mit schwerer psychischer Beeinträchtigung sind meist nicht in der Lage, von dieser Intervention zu profitieren oder sie erfüllen nicht die Eingangsvoraussetzungen (zeitliche Zuverlässigkeit, Einhalten der	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)			KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Kommunikationsregeln, erforderliche mnestische Kompetenzen). Gruppentherapeutische Angebote zur Psychoedukation oder zum Skills-Training können flexibler gestaltet werden als Richtlinien-Gruppenpsychotherapie. Diese offene Gruppenstruktur ist zudem besser zu implementieren. Gerade für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind niedrigschwellige und offene Gruppenangebote eine gute Möglichkeit, Teilhabe-Fähigkeiten wieder zu entwickeln.	
16	ackpa	KBV	ackpa unterstützt die Position der KBV	Gerade in der ambulanten Behandlung kommen sozialtherapeutische Aspekte im Vergleich zum stationären oder teilstationären Setting oft sehr kurz und sollten daher gefördert werden	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
18	DNVF	KBV	Hier sollte ergänzt werden: „niederschwellige evidenzbasierte Gruppenangebote“	Es sollten nur evidenzbasierte Gruppenformate angeboten werden (DGPPN 2019).	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die hier vorgeschlagenen Gruppenangebote basieren auf der Erfahrung des NPPV-Projekts, womit eine Evidenzbasierung gegeben ist. Von

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)			KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					einer expliziten Formulierung dazu wird aufgrund der Regelungen im Berufsrecht abgesehen.
19	PIBB	KBV	Zustimmung	Um die knappen Ressourcen und Kapazitäten der FachÄrzt*innne, Psychotherapeut*innen und auch der Leistungserbringer sinnvoll einzusetzen, sind niedrigschwellige Gruppenangebote sehr sinnvoll.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
20	DGVT-BV	KBV	Zustimmung		KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
22	DGSP	KBV	Ablehnung	Leistungen können sowieso im Rahmen der Regelleistungen erbracht werden.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. Begründung: Psychoedukation stärkt die Ressourcen zur Krankheitsbewältigung bei Patienten und Patientinnen sowie deren Angehörigen. Die Gruppenangebote können innerhalb eines Verbundes oder auch von mehreren gemeinsam realisiert werden. Gerade eine Kooperationsmöglichkeit der Verbünde ermöglicht hier schnelle

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)			KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					und niederschwellige Unterstützungsmöglichkeiten, die auch mittels Gruppen-Videosprechstunden erfolgen können.
23	BDP	KBV	Zustimmung	Sinnvolle Kann-Ergänzung	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
24	APK	KBV	Gruppenangebote sind im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung bereits möglich.		KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. Begründung: Siehe lfd. Nr. 11.
25	DGPM	KBV	Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung werden durch die DGPM uneingeschränkt unterstützt.	Gruppentherapie zeigt eine gute Wirksamkeit, fördert soziale Beziehungen und trägt zu höherer Versorgungsquantität (mehr Therapieplätze pro Behandler) bei.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
28	DGPT	KBV	Wir stimmen der Position der KBV zu.	Therapeutisch ist die Gruppentherapie sinnvoll, weil neben dem psychoedukativen der gruppenspezifische Effekt zum Tragen kommt. Es handelt sich hier nicht um eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung – diese ist in der Regel mit hohen Anforderungen an die Teilnahme gebunden –	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)			KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Patienten mit schwerer psychischer Beeinträchtigung sind meist nicht in der Lage, von dieser Intervention zu profitieren oder erfüllen die Eingangsvoraussetzungen dafür nicht. Gerade für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind niedrigschwellige und offene Gruppenangebote eine gute Möglichkeit, Teilhabe-Fähigkeiten wieder zu entwickeln.	
30	BAG Psychiatrie und VKD	KBV	Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung sind aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) wünschenswert.	Aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) wünschenswert – allerdings liegen bisher keinerlei Erfahrungswerte zur Umsetzbarkeit vor.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
31	CBP und DCV	KBV	Die Anregung, zusätzliche niedrigschwellige Gruppenangebote	Der Ergebnisbericht des NPPV-Projekts bewertet die Wirksamkeit von und die Nachfrage nach niedrigschwelligen Gruppenangeboten positiv.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (KBV)			KBV: Niedrigschwellige Gruppenangebote Niedrigschwellige Gruppenangebote als zusätzliche Leistung innerhalb der KSVPsych-Versorgung.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			einzuführen, wird begrüßt und unterstützt.	Sie können die Behandlung im Netzverbund wirksam unterstützen.	
32	DPtV	KBV	Zustimmung	Gerade schwer psychisch erkrankte Menschen können von Niedrigschwelligen psychotherapeutischen Angeboten profitieren. Ein Gruppenangebot ist zudem ressourcenschonend und effektiv einsetzbar.	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV) (Lockerung Qualitätsvorgaben)

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)			PatV: Lockerung Qualitätsvorgaben Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. GKV-SV/KBV/DKG: Beibehaltung der bisherigen Vorgaben, dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
01	BPtK	PatV	Die BPtK befürwortet die Position der Patientenvertretung.	Die Regelung zur Vereinbarung von Qualitätsmanagementverfahren über die bestehenden Vorgaben der Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV/KBV/DKG: Keine Änderung.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)			PatV: Lockerung Qualitätsvorgaben Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. GKV-SV/KBV/DKG: Beibehaltung der bisherigen Vorgaben, dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				hinaus erscheint obsolet und führt im Zweifel zu einem zusätzlichen Umstellungsaufwand in den fachärztlichen und psychotherapeutischen Praxen, ohne dass dem ein substanzieller Zusatznutzen gegenüber steht. Insofern ist die Vereinbarung von zentralen gemeinsamen Qualitätsstandards und deren Einhaltung zielgenauer und weniger bürokratisch. Eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes sollte gleichwohl sichergestellt sein.	Begründung: Die grundsätzlichen Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement sind in der Qualitätsmanagement-Richtlinie bestimmt. Zu Verbesserung der engen Zusammenarbeit kann sich der Netzverbund auf ein gemeinsames Qualitätsmanagementverfahren festlegen oder auch über die Vorgaben der Qualitätsmanagement-Richtlinie hinausgehende Regelungen vereinbaren, wie beispielsweise ein Netzverbund-internes Benchmarking oder auch sektorenübergreifende Maßnahmen, es besteht hierzu jedoch kein Zwang in der aktuellen Formulierung der Richtlinie. PatV: Der Vorschlag der PatV sollte der erleichterten Bildung von

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)			PatV: Lockerung Qualitätsvorgaben Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. GKV-SV/KBV/DKG: Beibehaltung der bisherigen Vorgaben, dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					Netzverbünden dienen. Die PatV hatte angenommen, dass die Forderung nach einem Qualitätsmanagementverfahren den Eindruck eines aufwändig neu zu etablierenden Verfahrens erwecken und dadurch abschreckend wirken könnte. Auch die Teilnahme an gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen sollte in Bezug auf die geforderte Regelmäßigkeit erleichtert werden. Die Mehrheit im Stellungnahmeverfahren unterstützt diese Position jedoch nicht. Die PatV wird ihre Position deshalb aufgeben und sich der von GKV-SV, KBV und DKG anschließen.
05	DFPP	GKV-SV/KBV/DKG	Die DFPP stimmt für eine Beibehaltung der Qualitätsmanagementverfahren	Bisher konnten wir in deren Umsetzung in den existierenden Netzverbünden noch nicht feststellen. Aufgrund dessen stellt sich die Frage, wer die Umsetzung überprüft.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Siehe lfd. Nr. 01.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)			PatV: Lockerung Qualitätsvorgaben Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. GKV-SV/KBV/DKG: Beibehaltung der bisherigen Vorgaben, dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
06	BVDN	PatV	Ablehnung	Qualitätssicherung ist bedeutend in der Patientenversorgung und von besonderer Bedeutung, wenn im vertragsärztlichen Bereich realisiert werden soll durch verschiedene Berufsgruppen – die bestehenden Regelungen der KSVPsych-RL sollten also beibehalten werden	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Siehe lfd. Nr. 01.
07	BVDP	PatV	Ablehnung	Qualitätssicherung ist bedeutend in der Patientenversorgung und von besonderer Bedeutung, wenn im vertragsärztlichen Bereich realisiert werden soll durch verschiedene Berufsgruppen – die bestehenden Regelungen der KSVPsych-RL sollten also beibehalten werden	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Siehe lfd. Nr. 01.
09	DGPPN	GKV-SV/KBV/DKG	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von GKV-SV/KBV/DKG.		GKV-SV/KBV/DKG: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
11	DVGP	GKV-SV/KBV/DKG	Es sollte heißen: Qualitätsstandards und Qualitätsmanagement	Ein QM-Verfahren muss ja nicht explizit extern zertifiziert sein (tragende Gründe PatV). Andererseits sollten neben QM-Prozessen	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV/KBV/DKG: Keine Änderung.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)			PatV: Lockerung Qualitätsvorgaben Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. GKV-SV/KBV/DKG: Beibehaltung der bisherigen Vorgaben, dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			<i>verfahren vereinbart werden</i>	insbesondere auch <i>Standards</i> vereinbart und den teilnehmenden Patint:innen bekannt sein.	Begründung: Qualitätsstandards sind Teil eines Qualitätsmanagementverfahrens und müssen deswegen nicht explizit erwähnt werden. PatV: Siehe lfd. Nr. 01.
12	BAG-GPV	PatV	Die Orientierung an Q-Standards ist hier völlig ausreichend. Die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen sollte nach wie vor regelmäßig und verbindlich stattfinden.	Ein QM-Verfahren erzeugt i. d. R. auch einen hohen bürokratischen Aufwand, der unnötigerweise Ressourcen von der eigentlichen Leistungserbringung abzieht. Überprüfbare Q-Standards erleichtern dagegen den gesamten Prozess. Gemeinsame Fortbildungen etc. stärken den Verbundcharakter, fördern eine gemeinsame Haltung und verbessern die Kooperation.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV/KBV/DKG: Keine Änderung. Begründung: Siehe lfd. Nr. 01. PatV: Siehe lfd. Nr. 01.
13	BAPP	GKV-SV/KBV/DKG	Die BAPP stimmt für eine Beibehaltung der Qualitätsmanagementverfahren	Bisher konnten wir in deren Umsetzung in den existierenden Netzverbünden noch nicht feststellen. Aufgrund dessen stellt sich die Frage, wer die Umsetzung überprüft.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Siehe lfd. Nr. 01.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)			PatV: Lockerung Qualitätsvorgaben Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. GKV-SV/KBV/DKG: Beibehaltung der bisherigen Vorgaben, dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
14	BFLK	PatV	Die Position wird nicht unterstützt	Die Erleichterung ist nicht erkennbar, da auch Standards eine Verbindlichkeit darstellen	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Siehe lfd. Nr. 01.
15	BPM	PatV	Ablehnung	Qualitätssicherung ist in der Patientenversorgung von besonderer Bedeutung. Die bestehenden Regelungen der KSVPsych-RL sollten also beibehalten werden.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Siehe lfd. Nr. 01.
16	ackpa	GKV-SV/KBV/DKG	ackpa unterstützt den Vorschlag von GKV-SV/KBV/DKG	Die hier adressierte Gruppe von Patient:innen ist von schweren Verläufen psychischer Störungen betroffen und eine Lockerung der bestehenden Qualitätsvorgaben insbesondere von Fortbildungsaktivitäten sollte daher nicht erfolgen.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Siehe lfd. Nr. 01.
18	DNVF	GKV-SV/KBV/DKG	Das DNVF schließt sich dem Vorschlag der GKV-SV/KBV/DKG an.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Siehe lfd. Nr. 01.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)			PatV: Lockerung Qualitätsvorgaben Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. GKV-SV/KBV/DKG: Beibehaltung der bisherigen Vorgaben, dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
19	PIBB	PatV	Beibehaltung der bisherigen Vorgaben	Hier sollten keine Abstriche gemacht werden. Gerade die berufsübergreifenden Fortbildungen sind für die Kooperation und Kommunikation der Netzverbundmitglieder und Kooperationspartner untereinander unerlässlich.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Siehe lfd. Nr. 01.
20	DGVT-BV	PatV	Ablehnung Position PatV	Qualitätsvorgaben sollten beibehalten werden.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Siehe lfd. Nr. 01.
22	DGSP	PatV	Orientierung an den Qualitätsstandards reicht aus. Fortbildungsveranstaltungen sollten regelmäßig und verbindlich stattfinden.	Keine zusätzliche Bürokratie durch QM-Verfahren. Gut zu überprüfende Qualitätsstandards reichen aus.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Siehe lfd. Nr. 01.
23	BDP	GKV-SV/KBV/DKG	Zustimmung QS Vorgaben unverändert	QS wichtig bei diesen neuen Strukturen	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Siehe lfd. Nr. 01.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)			PatV: Lockerung Qualitätsvorgaben Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. GKV-SV/KBV/DKG: Beibehaltung der bisherigen Vorgaben, dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
24	APK	GKV- SV/ KBV/DKG	Regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen und die vereinbarten Qualitätsmanagementverfahren sollten beibehalten werden.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Siehe lfd. Nr. 01.
25	DGPM	PatV	Die DGPM spricht sich für die Beibehaltung der bisherigen Vorgaben aus.	Qualitätsmanagementverfahren und regelmäßige Beiteiligung an Fortbildungsveranstaltungen trägt entscheidend zur Patientensicherheit bei.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Siehe lfd. Nr. 01.
26	Diakonie Dtl.	PatV	Um die Bildung auch kleinerer Netzverbünde in der Fläche zu erleichtern, plädiert die Diakonie Deutschland wie die PatV für eine Lockerung der Qualitätsvorgaben. Die Teilnahme an		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV/KBV/DKG: Keine Änderung. Begründung: Siehe lfd. Nr. 01. PatV: Siehe lfd. Nr. 01.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)			PatV: Lockerung Qualitätsvorgaben Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. GKV-SV/KBV/DKG: Beibehaltung der bisherigen Vorgaben, dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			Fortbildungen sollte jedoch regelmäßig erfolgen.		
28	DGPT	PatV	Wir stimmen der Position der KBV zu.	Qualitätssicherung ist bedeutend in der Patientenversorgung. Die bestehenden Regelungen der KSVPsych-RL sollten also beibehalten werden.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Siehe lfd. Nr. 01.
30	BAG Psychiatrie und VKD	GKV-SV/KBV/DKG	Beibehaltung der bisherigen Vorgaben sinnvoll.	Position der DKG wird aus Qualitätsgründen unterstützt	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Siehe lfd. Nr. 01.
31	CBP und DCV	PatV	Die Anregung, die Qualitätsvorgaben zu lockern wird begrüßt. Die Vereinbarung von Qualitätsstandards wird als ausreichend erachtet. Die regelmäßige Teilnahme an	Der Verzicht auf ein formales Qualitätsmanagement und die Lockerung der Verpflichtung zum Nachweis von Fortbildungen innerhalb des Netzverbundes baut weitere bürokratische Hürden zur Errichtung von Netzverbünden ab und korreliert gut mit der ebenfalls angestrebten Ent-Formalisierung der vertraglichen Verbindungen zwischen den Partnern des Netzverbundes.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV/KBV/DKG: Keine Änderung. Begründung: Die grundsätzlichen Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement sind in der Qualitätsmanagement-Richtlinie

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)			<u>PatV: Lockerung Qualitätsvorgaben</u> Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. <u>GKV-SV/KBV/DKG: Beibehaltung der bisherigen Vorgaben</u>, dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			Fortbildungsangeboten ergibt sich bereits aus den jeweiligen berufsrechtlichen Regelungen der unterschiedlichen Professionen. Weiter gehende Maßnahmen, die lediglich einer zusätzlichen Dokumentation der ohnehin stattfindenden Fortbildungen dienen, sind deshalb entbehrlich.		bestimmt. Zu Verbesserung der engen Zusammenarbeit kann sich der Netzverbund auf ein gemeinsames Qualitätsmanagementverfahren festlegen oder auch über die Vorgaben der Qualitätsmanagement-Richtlinie hinausgehende Regelungen vereinbaren, wie beispielsweise ein Netzverbund-internes Benchmarking oder auch sektorenübergreifende Maßnahmen, es besteht hierzu jedoch kein Zwang in der aktuellen Formulierung der Richtlinie. Die Fortbildungsinitiativen dienen dem interdisziplinären Dialog, auch um die Versorgungsabläufe stetig an die fachliche Entwicklung anzupassen. So kann z.B. durch die Einrichtung gemeinsamer Qualitätszirkel die Möglichkeit des Erfahrungsaustauschs

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 6 Absatz 1 Nummer 11 (PatV)			PatV: Lockerung Qualitätsvorgaben Es müssen nicht mehr Qualitätsmanagementverfahren, sondern nur noch Qualitätsstandards vereinbart werden, die Teilnahme an Fortbildungsinitiativen muss nicht regelmäßig erfolgen. GKV-SV/KBV/DKG: Beibehaltung der bisherigen Vorgaben, dass Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden und eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes erfolgt.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					und der Diskussion von Behandlungsfällen und Problemen genutzt werden; die Ergebnisse können in den eigenen Praxisalltag integriert werden und somit zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führen. PatV: Siehe lfd. Nr. 01.

§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 (Differentialdiagnostische Abklärung)

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
01	BPtK	KBV	Die BPtK befürwortet die Position der KBV.	Der Zwischenbericht zur Evaluation der KSVPsych- Richtlinie hat deutlich gemacht, dass es von Seiten der potenziellen Teilnehmer*innen erheblich Kritik an der bestehenden Regelung gibt, wonach die Aufgabe der differenzialdiagnostischen Abklärung stets durch eine Leistungserbringer*in nach § 3 Absatz 2 Nummer 1 durchzuführen ist. Diese Regelung verursacht regelhaft überflüssige Doppeluntersuchungen, die weder für die beteiligten Patient*innen und Leistungserbringer*innen zumutbar sind noch die angestrebte Kooperation	KBV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Im Verlauf der Beratung wurde die Position angepasst und zusammengefasst: Festgehalten wird, dass die Differentialdiagnostik jeweils im Rahmen berufsrechtlicher Kompetenzen und Pflichten erfolgt. Eine ärztliche Beteiligung in definierten Fällen ist in der Folge im § 4 zu den Anforderungen zur Bezugsfunktion formuliert. PatV: Die Differentialdiagnostik sollte aus Sicht der PatV durch einen Facharzt erfolgen um mögliche

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				zwischen den an der Versorgung beteiligten Facharzt*innen und Psychotherapeut*innen befördert. Die Regelung stellt für die ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeut*innen ein wesentliches Hindernis für eine Beteiligung an den Netzverbünden dar und untergräbt die sinnvoll gelebte Kooperation zwischen Psychotherapeut*innen und Facharzt*innen im differenzialdiagnostischen Prozess. Eine systematische Nutzung von Vorbefunden wird dadurch verhindert. Auch stellt es einen Bruch in den Versorgungsprozessen	somatische Aspekte der Erkrankung, ihres Verlauf und möglicher Wechselwirkungen zu somatischen Erkrankungen sowie den möglichen Bedarf an somatischer Behandlung anderer Erkrankungen schon zu Beginn der Behandlung zu erkennen und zu berücksichtigen. Die Regelung zur Bezugsarztfunktion im § 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 hätte aus Sicht der PatV entfallen können. Vor dem Hintergrund des Stellungnahmeverfahren ändert die PatV ihre Position und schließt sich der Position des GKV-SV und der DKG an.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				dar, wenn seitens der von der Patient*in bestimmten Bezugspsychotherapeut*in, die im Rahmen der Sprechstundenleistungen bereits die erforderlichen differenzialdiagnostischen Leistungen durchgeführt und erforderliche ergänzende somatische Abklärungen einschließlich des spezifischen medikamentösen Behandlungsbedarfs veranlasst hat, für die Gesamtbehandlungsplanung grundsätzlich die differenzialdiagnostische Abklärung einer Fachärzt*in gemäß § 3 Absatz 2 Nummer 1 zugrunde zu legen ist. Zielführend ist daher, dass die differenzialdiagnostische	Die Zusammenarbeit zwischen ärztlicher und psychotherapeutischer Perspektive wird an einer anderen Stelle (Absatz 2) geregelt.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Abklärung grundsätzlich durch eine Fachärzt*in oder Psychotherapeut*in gemäß § 3 Absatz 2 Nummer 1 oder 2 erfolgen kann und zugleich in § 9 geregelt wird, dass im Gesamtbehandlungsplan festgehalten wird, welche Abstimmungen zwischen diesen beteiligten Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen erforderlich sind, zu welchen Zeitpunkten und in welcher Form diese erfolgen. Auch die Regelung, dass die Ergebnisse der Differentialdiagnostik im Gesamtbehandlungsplan gemäß	

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				§ 9 festgehalten wird, dient dem gemeinsamen Verständnis der in Kooperation zusammengestellten diagnostischen Befunde und der abgeleiteten indizierten Behandlungsmaßnahmen bei allen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer*innen. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Regelung zu den erforderlichen Abstimmungen zwischen Facharzt*innen und Psychotherapeut*innen ist auch die bisherige Einschränkung bei der Aufgabe der Bezugspsychotherapeut*in obsolet, nach der bisher vorgegeben war, dass die	

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Bezugsfunktion bei einer Fachärzt*in liegt, soweit behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, relevante somatische Komorbiditäten, die einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung oder Überwachung bedürfen oder deren psychopharmakologische Behandlung einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.	
06	BVDN	KBV	Übernahme	Differentialdiagnostik sollte unbedingt fachärztlich UND psychotherapeutisch erfolgen, um alle Aspekte der Versorgung prüfen und bei Bedarf diese einleiten zu können. Wenn die	KBV/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Eingangssprechstunde und der Erstkontakt durch einen ausschließlich psychotherapeutisch Tätigen (Arzt oder Psychotherapeuten) erfolgt, muss eine medizinisch-psychiatrische bzw. - psychosomatische Diagnostik ergänzend erfolgen, um psychopharmakologische oder andere biologische Interventionen sowie das Erfordernis weiterer somatischer Diagnostik oder Interventionen zu prüfen und in die Wege zu leiten. • Das Ergebnis muss im Gesamtbehandlungsplan festgeschrieben werden, auf den jeder an	

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				der individuellen Patientenversorgung Beteiligte Zugriff hat	
07	BVDP	KBV	Übernahme	Die Differentialdiagnostik sollte unbedingt fachärztlich UND psychotherapeutisch erfolgen, um alle Aspekte der Versorgung prüfen und diese bei Bedarf einleiten zu können. Wenn die Eingangssprechstunde und der Erstkontakt durch einen ausschließlich psychotherapeutisch Tätigen (Arzt oder Psychotherapeuten) erfolgt, muss eine medizinisch-psychiatrische bzw. -psychosomatische Diagnostik ergänzend erfolgen, um psychopharmakologische oder andere biologische Interventionen sowie das	KBV/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Erfordernis weiterer somatischer Diagnostik oder Interventionen zu prüfen du in die Wege zu leiten. Das Ergebnis muss im Gesamtbehandlungsplan festgeschrieben werden, auf den jeder an der individuellen Patientenversorgung Beteiligte Zugriff hat.	
09	DGPPN	GKV-SV/DKG	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von der GKV-SV/DKG an.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV/DKG: Im weiteren Beratungsverlauf, und u.a. die Stellungnahme der BAG GPV und der CBP/DCV aufgreifend (lfd. Nr. 12 bzw. 31), wurde eine Anpassung bei der

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					Festlegung der Übernahme der Bezugsfunktion vorgenommen, wonach diese zukünftig auch durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten übernommen werden kann, wenn eine Fachärztin oder ein Facharzt regelmäßig in die Behandlung und bei der Erstellung und Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einbezogen wird. DKG: Die Position zur Durchführung der Differentialdiagnostik wurde angepasst. Diese kann nun auch durch andere Berufsgruppen im Rahmen ihrer

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					berufsrechtlichen Kompetenzen und Pflichten erfolgen. KBV/PatV: Siehe lfd. Nr. 01.
10	bvvp	KBV	Die Kooperation zwischen Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen in beide Richtungen ist Kern der Richtlinie und auch sachgerecht. Eine stärkere Verpflichtung der wechselseitigen Abstimmung beim Gesamtbehandlungsplan zwischen den Fachgruppen kann ergänzt werden.	<i>Aus der Evaluation geht hervor, dass ein erheblicher Teil der Psychotherapeut*innen nur dann ein Interesse an der Teilnahme haben, wenn sie die Rolle des Bezugsbehandelnden einnehmen können.</i> Kern der Richtlinie ist eine kooperative Versorgung auf Augenhöhe zwischen Psychotherapeut*innen und P-Facharzt*innen. Das bedeutet, dass je nach individuellem Bedarf und individueller Indikation Maßnahmen in den	KBV/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Behandlungsplan aufgenommen und durchgeführt werden. Dies kann auch beinhalten, dass weitere Abstimmungen und eine besonders enge Kooperation bei bestimmten Inhalten, wie der Medikation notwendig ist. Dies könnte als Verpflichtung der wechselseitigen Abstimmung bei den Inhalten des Behandlungsplans ergänzt werden. Eine obligate differentialdiagnostische Abklärung samt erstem Entwurf für den Behandlungsplan allein durch P-Fachärztinnen ist genausowenig sachgerecht wie der Ausschluss der Psychotherapeut*innen von der Rolle des	

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Bezugsbehandelnden bei bestimmten Störungskonstellationen. Psychotherapeut*innen haben eine fundierte Ausbildung, die die Fähigkeit der differentialdiagnostischen Abklärung genauso zum Inhalt hat wie die Indikation, ob Fachärzt*innen aus dem P-Bereich einbezogen werden müssen. Eine obligate doppelte Diagnostik und nochmalige Überprüfung der Indikationsstellung durch Fachärzt*innen ist deshalb nicht nur nicht sachgerecht und die ausreichende Qualifikation absprechend, sondern stellt ein Nadelöhr dar, beeinträchtigt somit den	

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Versorgungsprozess und vergeudet Ressourcen. Die Patient*innen sollen entscheiden können, wen sie sich als Bezugsbehandelnden wünschen, weil sie dort das meiste Vertrauen und die engste Anbindung erleben. Diese freie Wahl darf nicht eingeschränkt werden, zumal die bislang ausgeschlossenen Konstellationen (somatische Komorbidität oder intensive medikamentöse Abstimmung) eine Großteil der anvisierten Patient*innen betrifft.	

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
11	DVGp	KBV	Zustimmung zur vorgeschlagenen, einfachen Regelung. Satz 5 (Verweis auf den Gesamtbehandlungsplan) erscheint dagegen unnötig. Die Wiedergabe des Vorschlags in Spalte 2 erscheint allerdings missverständlich, die KBV beabsichtigt doch vermutlich nicht die verpflichtende Beteiligung <i>zweier</i> Leistungserbringer in jedem	Die Vorschrift mit Verweis auf die jeweiligen berufsrechtlichen Pflichten ist ausreichend, alle weiteren Zuständigkeiten ergeben sich daraus und müssen nicht – wie in den Zusätzen der übrigen Bänke – eigens geregelt werden.	KBV/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.

Paragraphe, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			Einzelfall an der Differenzialdiagnostik. Gemeint dürfte sein: ein Leistungserbringer nach Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 <i>oder</i> 2.		
12	BAG-GPV	PatV	Hier ist eindeutig der Formulierung der PatV der Vorzug zu geben.	Alle anderen Vorschläge bringen unnötige Verkomplizierungen mit sich und führen den Aufgabenbereich dieser RL zu weit aus.	KBV/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.
15	BPM	KBV	Übernahme	Die Differentialdiagnostik sollte unbedingt fachärztlich UND psychotherapeutisch erfolgen, um alle Aspekte der Versorgung prüfen und diese bei Bedarf einleiten zu können. Wenn die Eingangssprechstunde und der Erstkontakt durch einen ausschließlich psychotherapeutisch	KBV/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Tätigen (Arzt oder Psychotherapeuten) erfolgt, muss eine medizinisch-psychiatrische bzw. -psychosomatische Diagnostik ergänzend erfolgen, um psychopharmakologische oder andere biologische Interventionen sowie das Erfordernis weiterer somatischer Diagnostik oder Interventionen zu prüfen und ggf. in die Wege zu leiten. Das Ergebnis muss im Gesamtbehandlungsplan festgeschrieben werden, auf den jeder an der individuellen Patientenversorgung Beteiligte Zugriff hat.	

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
16	ackpa	GKV-SV/DKG	ackpa unterstützt den Vorschlag von GKV-SV/DKG	Die differentialdiagnostische Abklärung sollte gleichermaßen im Sinne von Qualitätssicherung und Ressourcenschonung so erfolgen, dass personell möglichst schlanke Vorgaben zeitnahe Klärungen ermöglichen	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV/DKG: Siehe lfd. Nr. 09 KBV/PatV: Siehe lfd. Nr. 01.
18	DNVF	GKV-SV/DKG	Das DNVF schließt sich dem Vorschlag der GKV-SV/DKG an.	- Für eine umfassende Differentialdiagnostik einschl. einer somatischen Ausschlussdiagnostik ist eine fachärztliche Sicht erforderlich (bspw. Jeppesen 2019, Pollak 2020) - Eine vertiefende psychologisch/psychotherapeutische Differentialdiagnostik könnte insbesondere bei komplexen psychischen	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV/DKG: Siehe lfd. Nr. 09. KBV/PatV: Siehe lfd. Nr. 01.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Erkrankungen (z.B. komplexe PTBS, Persönlichkeitsstörungen etc.) zusätzlich nützlich sein.	
19	PIBB	GKV-SV/DKG	Keine Änderung der bisherigen Regelungen notwendig		GKV-SV/KBVDKG/: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV/DKG: Siehe lfd. Nr. 09 KBV: Siehe lfd. Nr. 01
20	DGVT-BV	KBV	Zustimmung Position KBV	Multiprofessionelle Arbeit ist im Sinne der Richtlinie.	KBV/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. KBV/PatV: Siehe lfd. Nr. 01.
21	DDPP		Eine Regelung erscheint in erster Linie einengend und erschwert die Abläufe.	Für die notwendige Niedrigsschwelligkeit bei schweren und komplexen psychischen Störungen sollten hier möglichst wenige Vorgaben stehen. Wie bei dem Zusatz steht: Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV: Die Versorgung nach der KSVPsych-RL richtet sich an

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. Heißt: <i>Bezugsarzt</i> /-psychotherapeut muss berufsrechtlich ohnehin für eine leitliniengerechte Diagnostik sorgen und die erforderlichen Maßnahmen organisieren oder anbieten. Das betrifft eine differenzierte Diagnostik und das Hinzuziehen anderer Disziplinen, wenn nötig und wenn der Patient es zulässt.	insbesondere schwer psychisch Erkrankte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Fachärztinnen und Fachärzte in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenheilkunde sowie Neurologie und Psychiatrie verfügen aufgrund ihrer ärztlichen Weiterbildung nicht nur über die für die differenzialdiagnostische Abklärung notwendigen somatisch-medizinischen, sozialmedizinischen und

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					pharmakologischen Kompetenzen, sondern auch über umfassende psychotherapeutische Kompetenzen, um eine umfassende psychische, somatische und soziale differenzialdiagnostischen Abklärung vorzunehmen. Siehe lfd. Nr. 09 DKG: Der Anregung der Stellungnehmenden wird gefolgt, siehe laufende Nr. 09. KBV/PatV: Siehe lfd. Nr. 01.
22	DGSP	PatV	Zustimmung zum Vorschlag der PatV		KBV/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.
23	BDP	KBV	teilweise Zustimmung; aber:	Erhöht die Realisierbarkeit Nutzung vorhandener Ressourcen:	KBV/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			Eine differentialdiagn. Abklärung sollte z.B. beim vorliegen aktueller somatischer Befunde (z.B. Konsiliarbericht, Hausärztliche Befunde) auch durch eine Psychologische Psychotherapeut*in „alleine“ erfolgen können.	Psychologische Psychotherapeut*innen sind hervorragend ausgebildet, um eine psychische und soziale Diagnostik durchzuführen. Eine somatische Diagnostik kann dabei oft durch externe Vorbefunde oder durch im Netzwerk tätige Ärzt*innen abgedeckt werden.	
24	APK	PatV	Zustimmung zu PatV-Position	Die differentialdiagnostische Abklärung durch die Fachärztin, den Facharzt ist ausreichend.	KBV/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.
25	DGPM	GKV-SV/DKG	Die differentialdiagnostische Abklärung erfordert zusätzlich somatisch-	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zeigen eine um ca. 10 Jahre verkürzte Lebenserwartung. Der Verlust an	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			medizinische, sozialmedizinische und pharmakologische Kompetenzen. Somit sollte eine umfassende Differentialdiagnostik durch Fachärzt:innen erfolgen. Des Weiteren kann die Bezugsfunktion bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose nur durch Fachärzt:innen mit den notwendigen Kompetenzen wahrgenommen werden.	Lebensjahren tritt in erster Linie aufgrund von somatisch-medizinischen Komplikationen auf. Somit hat eine umfassende Differentialdiagnostik, die Erkennung von ungünstigen somatischen und psychischen Wechselwirkungen sowie die simultane Erfassung körperlicher Beschwerden im Behandlungsverlauf unmittelbar Einfluß auf die Gesamtmortalität. Wir lehnen daher den Vorschlag der KBV ab.	GKV-SV/DKG: Siehe lfd. Nr. 09. KBV/PatV: Siehe lfd. Nr. 01.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
26	Diakonie e Dtl.	PatV	Die Diakonie Deutschland schließt sich der Position der PatV an.		KBV/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.
28	DGPT		Differentialdiagnostik sollte somatisch UND psychotherapeutisch erfolgen, um alle Aspekte der Versorgung prüfen und bei Bedarf diese einleiten zu können.	Von einer fachärztlichen Beurteilung kann abgesehen werden, wenn der in die Netzversorgung eintretende Patient zeitnah vorher in fachklinischer Behandlung war und ein adäquater Entlassbericht vorliegt. So hatten wir bereits in unseren Stellungnahmen 2021 votiert.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV: Siehe lfd. Nr. 21 KBV/PatV: Siehe lfd. Nr. 01. DKG: siehe laufende Nr. 09.
30	BAG Psychiatrie und VKD	GKV-SV/DKG	GKV/DKG Position wird unterstützt	Der KBV-Vorschlag zur verpflichtenden Differenzialdiagnostik durch Facharzt und Psychotherapeut wird in der Praxis nur	GKV-SV/KBV/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. GKV-SV/DKG: Siehe lfd. Nr. 09. KBV/PatV: Siehe lfd. Nr. 01.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				aufwendig umsetzbar sein und zu nicht unerheblichen Zeitverzögerungen führen.	
31	CBP und DCV	PatV	Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.	Die Änderung setzt die Anforderungen an die Differentialdiagnostik nur insofern herab, als sie bei behandlungsleitender somatischer Diagnose nicht mehr zwingend durch den <i>Bezugsarzt</i> erfolgen muss. Dieser Vorschlag trägt dem Umstand der Diversität in der personellen Zusammensetzung der Netzverbünde Rechnung und sorgt für mehr Flexibilität bei der Funktionszuordnung	KBV/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.
32	DPtV	KBV PatV	Zustimmung Teilweise Zustimmung	Der gesetzliche Auftrag beschreibt, dass psychisch erkrankte Menschen mit	KBV/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				komplexem Behandlungsbedarf psychotherapeutisch und/oder psychiatrisch versorgt werden sollen. Eine berufsgruppenübergreifende Versorgung kann unseres Erachtens nur dann funktionieren und die Patient*innen können nur dann entsprechend profitieren, wenn die fachlichen Kompetenzen der beteiligten Berufsgruppen auch gleichermaßen eingebracht werden. Hier nur, wie im Vorschlag von GKV- SV/DKG vorgesehen, die fachärztliche Differentialdiagnostik vorzusehen, führt dazu, dass die diagnostischen Leistungen, der	

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Psychotherapeut*innen den Patient*innen vorenthalten würden. Dies widerspricht sowohl modernen, interdisziplinären Behandlungsansätzen als auch der Intention des Gesetzgebers, hier beide Berufsgruppen mit ihren Kompetenzen gleichermaßen einzubringen. Bestimmte Leistungen aus dem Kernleistungsspektrum (Diagnostik) der Berufsgruppen ausklammern, macht hier also wenig Sinn. Weiterhin ist es den Psychotherapeut*innen zu ermöglichen, einen Gesamtbehandlungsplan ohne Einschränkungen zu erstellen. Gerade dazu	

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				dient die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Abstimmung, um jedes Mitglied der KSV-Psych Versorgung in die Lage zu versetzen, mit Hilfe des Verbundes eine komplexe Versorgungsleistung zu generieren und zu steuern. Die KSV- Psych-RL im Kinder- und Jugendbereich zeigt, dass dies ohne Einschränkungen möglich ist. Des weiteren wurde in der Evaluation die bisherige Umsetzung, so wie es jetzt weiterhin GKV-SV und DKG vorsehen, als eine zentrale Umsetzungshürde benannt. Um diese auszuräumen, fordert die KBV unseres Erachtens völlig zurecht, dass hier eine wechselseitige fachliche Abklärung	

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				und keine bürokratisch vorgegebene Struktur, die Rolle der Behandlungscoordination zuteilt, sondern dies zwischen den Behandler*innen individuell abgestimmt werden kann. Nur so kann eine berufsübergreifende Versorgung, ihr volles Potential entfalten. Des Weiteren ist der in § 8 Abs.1 Satz 5 formulierte Ausschluss der Psychotherapeut*innen nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nr. 2 (ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) als Bezugsbehandler aufzuheben.	

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Die hier angesprochenen Psychotherapeut*innen sind in der Regelversorgung selbstverständlich für diese Patientengruppen verantwortlich und Behandlungsleitend tätig- die somatische Abklärung ist, wie auch in der KSVPsychRI. durch das Konsiliarverfahren sowie den darüber hinaus stattfindenden interdisziplinären Austausch gewährleistet. Patient*innen in der KSVPsychRI. nun schlechter zu stellen als in der Regelversorgung hält Patient*innen wie auch die hier ausgeschlossenen Psychotherapeut*innen von einer Teilnahme an der Versorgung nach	

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 1 Satz 4 und 5 KBV: Folgeänderung in § 8 Absatz 1 Satz 3, § 9 Absatz 3 Satz 3			<u>Differentialdiagnostische Abklärung</u> GKV-SV/DKG: Die Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch Fachärzte; <i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) sind unverändert. KBV: Differentialdiagnostik <i>soll</i> durch einen Facharzt <i>und</i> einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 erfolgen. Alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen. Das Ergebnis der Differentialdiagnostik wird im Gesamtbehandlungsplan festgehalten. Zusatz in § 8 Absatz 1 Satz 3, dass für die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der KSVPsych-RL die bestehenden berufsrechtlichen Pflichten gelten. PatV: Die Differentialdiagnostik erfolgt weiterhin durch einen Facharzt; alle weiteren Vorgaben zur differentialdiagnostischen Abklärung (<i>Bezugsarzt</i> bei behandlungsleitender somatischer Hauptdiagnose) werden gestrichen.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				KSVPsychRI ab (siehe Ergebnis der Evaluation). Darüber hinaus ist Patient*innen in lfd.r Behandlung der Wechsel des Bezugsbehandlers nach Einschreibung in diese Versorgungsform aus rein formalen Gründen nicht zuzumuten.	

§ 8 Absatz 2

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]			GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
01	BPtK	GKV-SV	Die vorgeschlagene Ergänzung wird mangels Erforderlichkeit nicht befürwortet.	Vor dem Hintergrund der seitens der KBV vorgeschlagenen Regelungen zur differentialdiagnostischen Abklärung und der Klärung der erforderlichen Abstimmungen zwischen Fachärzt*innen nach § 3 Absatz 2 Nummer 1 und Psychotherapeut*innen nach § 3 Absatz 2 Nummer 2 bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans, die einer Stärkung der Kooperation zwischen diesen beiden Leistungserbringer*innen systematisch befördert, erscheint eine Regelung obsolet, nach der im Falle einer vorrangig psychiatrischen Behandlung eine Einbindung einer Psychotherapeut*in auch dann angestrebt werden soll, wenn dafür ggf. keine Indikation besteht.	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die GKV befürwortet die Beibehaltung der bisherigen Vorgabe, dass die differenzialdiagnostische Abklärung ausschließlich durch Fachärztinnen und Fachärzte in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenheilkunde sowie Neurologie und Psychiatrie durchgeführt wird, da diese aufgrund ihrer ärztlichen Weiterbildung nicht nur über die für die differenzialdiagnostische Abklärung notwendigen somatisch-medizinischen, sozialmedizinischen und pharmakologischen Kompetenzen, sondern auch über umfassende psychotherapeutische Kompetenzen verfügen. Entsprechend des Ziels der Richtlinie die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringenden zu

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]			GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					verbessern, ist vorgesehen, dass auch im Falle einer vorrangig psychiatrischen Behandlung die Einbindung einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten angestrebt wird. PatV: Kenntnisnahme. Die PatV schließt sich der Position des GKV-SV an. KBV/DKG: Die Position zur Differentialdiagnostik und zur ärztlichen Beteiligung wurde im Beratungsverlauf angepasst (siehe Würdigung zu § 8 Absatz 1). Komplementär zu den Regelungen zur ärztlichen Beteiligung wird in Absatz 2 die psychotherapeutische Einbeziehung eingetragen.
05	DFPP	GKV-SV	Die DFPP unterstützt die Auffassung der GKV-SV		GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Kenntnisnahme. Die PatV schließt sich der Position des GKV-SV an – Begründung siehe lfd. Nr. 01. KBV/DKG: Siehe lfd. Nr. 01.
06	BVDN	GKV-SV	Ablehnung	Die Prüfung der Einbeziehung eines Psychotherapeuten bei vorwiegend	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]			GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				psychiatrischer Behandlung kann im Rahmen der Differenzialdiagnostik erfolgen. Allerdings ist nicht immer zwingend die psychotherapeutische Mitbehandlung nötig oder möglich. Mitunter sind schwer psychisch Kranke nicht in der Lage, psychotherapeutische Behandlung wahrzunehmen – ggf. ist erst nach einer Stabilisierungsphase diese möglich	PatV: Kenntnisnahme. Die PatV schließt sich der Position des GKV-SV an.
07	BVDP	GKV-SV	Ablehnung	Die Prüfung der Einbeziehung eines Psychotherapeuten bei vorwiegend psychiatrischer Behandlung kann im Rahmen der Differenzialdiagnostik erfolgen. Allerdings ist nicht immer zwingend die psychotherapeutische Mitbehandlung nötig oder möglich. Mitunter sind schwer psychisch Kranke nicht in der Lage, eine richtlinien-psychotherapeutische Behandlung wahrzunehmen – ggf. ist erst nach einer Stabilisierungsphase diese möglich	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01 PatV: Kenntnisnahme. Die PatV schließt sich der Position des GKV-SV an.
09	DGPPN	GKV-SV	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von der GKV-SV nicht an.	Die Einbindung eines Psychotherapeuten ist dann erforderlich, sofern eine entsprechende Indikation vorliegt.	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]			GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					PatV: Kenntnisnahme. Die PatV schließt sich der Position des GKV-SV an.
11	DVGP	GKV-SV	Zustimmung	Der eklatante Mangel an psychotherapeutischer Behandlung der Zielgruppe dieser Richtlinie lässt eine solche Vorschrift („anzustreben“) sinnvoll erscheinen.	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Kenntnisnahme. Die PatV schließt sich der Position des GKV-SV an. KBV/DKG: Siehe lfd. Nr. 01.
12	BAG-GPV	GKV-SV	Nicht erforderlich, muss im Einzelfall entschieden werden.		GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Kenntnisnahme. Die PatV schließt sich der Position des GKV-SV an.
13	BAPP	GKV-SV	Die BAPP unterstützt die Auffassung der GKV-SV		GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Kenntnisnahme. Die PatV schließt sich der Position des GKV-SV an. KBV/DKG: Siehe lfd. Nr. 01.
15	BPM	GKV-SV	Ablehnung	Die Prüfung der Einbeziehung eines Psychotherapeuten bei vorwiegend psychiatrischer Behandlung kann im Rahmen der Differentialdiagnostik erfolgen. Allerdings ist nicht immer zwingend die psychotherapeutische Mitbehandlung nötig oder möglich. Mitunter sind schwer psychisch Kranke nicht in der Lage, eine	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01. PatV: Kenntnisnahme. Die PatV schließt sich der Position des GKV-SV an.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]			GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				richtlinien-psychotherapeutische Behandlung wahrzunehmen – ggf. ist diese erst nach einer Stabilisierungsphase möglich.	
16	ackpa	GKV-SV	ackpa unterstützt den Vorschlag des GKV-SV nicht	Die Gebietsbezeichnung Facharzt/ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie inkludiert die hier adressierten Kompetenzen. Eine Einbindung von Psychotherapeut:innen ist bei einer entsprechenden Behandlungsindikation sinnvoll.	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Kenntnisnahme. Die PatV schließt sich der Position des GKV-SV an.
18	DNVF	GKV-SV	Das DNVF schließt sich dem Vorschlag der GKV-SV an.	Es gibt bei Erkrankungen (z.B. schweren Depressionen, Schizophrenien), wo dies gemäß Leitlinien eindeutig indiziert ist, gerade bei schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf Hinweise auf eine hochgradige Unterversorgung mit Psychotherapie (Melchior 2014; Wiegand 2020) (bzw. bei Erkrankungen aus dem Schizophrenie-Spektrum erhebliche Forschungsdefizite bzgl. der Versorgungssituation).	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Kenntnisnahme. Die PatV schließt sich der Position des GKV-SV an. KBV/DKG: Siehe lfd. Nr. 01.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]			GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
19	PIBB	GKV-SV	Ablehnung	Angsichts der knappen Ressourcen in der Psychotherapie ist dieser Vorschlag nicht sinnvoll und auch nicht praxistauglich.	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Kenntnisnahme. Die PatV schließt sich der Position des GKV-SV an.
20	DGVT-BV	GKV-SV	Zustimmung		GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Kenntnisnahme. Die PatV schließt sich der Position des GKV-SV an. KBV/DKG: Siehe lfd. Nr. 01.
21	DDPP	GKV-SV	Diesen Zusatz unterstützen wir, wobei unklar ist, was eingebunden sein bedeutet. S. Erläuterung	Gerade bei komplex und schwer erkrankten wird viel zu häufig auf psychotherapeutische Behandlung verzichtet, dabei ist sie z.B. bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis evidenzbasiert und wirksam. Eine psychotherapeutische Indikationsstellung muss erfolgen, eine Behandlungsbeteiligung jedoch nur, wenn indiziert und vom Pat. gewünscht.	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Kenntnisnahme. Die PatV schließt sich der Position des GKV-SV an. KBV/DKG: Siehe lfd. Nr. 01.
22	DGSP	GKV-SV	Sollte eine Einzelfall-Entscheidung bleiben.		GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Kenntnisnahme. Die PatV schließt sich der Position des GKV-SV an.
23	BDP	GKV-SV	Falls vorausgehende Forderung (DD-Abklärung	Psychotherapie ist Teil einer leitlinienorientierten Behandlung	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]			GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			durch Fachärzte oder/und Psychotherapeuten) nicht umgesetzt werden sollte ggf sinnvoll.		PatV: Kenntnisnahme. Die PatV schließt sich der Position des GKV-SV an. KBV/DKG: Siehe lfd. Nr. 01.
24	APK	GKV-SV	Sollte regelhaft geprüft werden.		GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. PatV: Kenntnisnahme. Die PatV schließt sich der Position des GKV-SV an. KBV/DKG: Siehe lfd. Nr. 01.
25	DGPM		Ablehnung des Vorschlags der GKV-SV	Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie sind psychotherapeutisch qualifiziert und verfügen über die entsprechenden Kompetenzen.	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01. PatV: Kenntnisnahme. Die PatV schließt sich der Position des GKV-SV an.
28	DGPT	GKV-SV	Die Prüfung der Einbeziehung eines Psychotherapeuten bei vorwiegend psychiatrischer Behandlung kann im Rahmen der Differenzialdiagnostik erfolgen.		GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01. PatV: Kenntnisnahme. Die PatV schließt sich der Position des GKV-SV an.
30	BAG Psychia	GKV-SV	Wird unterstützt		GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 2 [GKV-SV: Satz 4]			GKV-SV: Es ist anzustreben, dass bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch ein Psychotherapeut in die KSVPsych-Versorgung eingebunden wird.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
	trie und VKD				PatV: Kenntnisnahme. Die PatV schließt sich der Position des GKV-SV an. KBV/DKG: Siehe lfd. Nr. 01.
31	CBP und DCV	GKV-SV	Auch bei einer vorrangig psychiatrischen Behandlung ist ein Psychotherapeut/eine Psychotherapeutin (verpflichtend) in die Behandlung einzubeziehen.	Der GKV-SV begründet seine Position mit der im angestrebten „ganzheitlichen Betrachtungsweise“ und der Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit. Dieses Ziel wird nicht erreicht, wenn die Einbeziehung eines Psychotherapeuten lediglich „anzustreben“. Deshalb soll sie zu einer Verpflichtung ausgebaut werden.	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die Einbindung einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten in die Versorgung einer Patienten oder eines Patienten richtet sich nach dem jeweiligen individuellen Behandlungsbedarf; eine verpflichtende Einbindung ist daher nicht sachgerecht und könnte ggf. zu unnötigen Doppelstrukturen führen. PatV: Kenntnisnahme. Die PatV schließt sich der Position des GKV-SV an.
32	DPtV	GKV-SV	Hinweis	Dies sollte bereits auf Diagnostikebene zu Beginn notwendig und etabliert sein und wird gut im KBV-Vorschlag (s.o.) abgebildet.	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01. PatV: Kenntnisnahme. Die PatV schließt sich der Position des GKV-SV an.

§ 8 Absatz 3 Satz 2

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1			Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
01	BPtK	allen	Die Ergänzung ist sachgerecht und wird befürwortet.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
05	DFPP	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
06	BVDN	allen	Zustimmung	Dem ist zuzustimmen.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
07	BVDP	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
08	DVE	allen	Diese Ergänzung unterstützen wir und halten wir für dringend notwendig. Zudem schlagen wir eine Erweiterung vor: <i>... werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren. Der Austausch</i>	Die SGB-übergreifende Betrachtung und Koordination ist notwendig, um Fehl- oder Doppelmaßnahmen zu vermeiden, um langfristige Ziele und Perspektiven zu berücksichtigen sowie um bestehende Ressourcen zu integrieren.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die Vernetzung mit anderen Leistungsbereichen außerhalb des SGB V ist in der Richtlinie im Rahmen der Regelungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses angelegt. Mit dem Ziel einer stärkeren Verzahnung der Bereiche werden u.a.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1			Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			<i>mit diesen Anbietern ist sicherzustellen.</i>		zwei Vorgaben in § 6 Absatz 1 Nr. 10 (Einladung von Akteuren außerhalb des SGB V in die patientenorientierten Fallbesprechungen nach der KSVPsych-RL) und in § 8 Absatz 3 Satz 5 (Teilnahme der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V an SGB-übergreifenden Hilfeplankonferenzen) ergänzt.
09	DGPPN	allen	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von allen an.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
11	DVGP	allen	Zustimmung	Die Formulierung ist aus unserer Sicht das Minimum an erforderlicher Einbeziehung, sie könnte/sollte verschärft werden, etwa durch verbindliche Einbeziehung aller Hilfen in die Gesamtbehandlungsplanung nach § 9 Abs. 1 im Sinne eines umfassenden Hilfeplans.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 08.
12	BAG-GPV	allen	Unbedingt, auch wenn solche Hilfen noch nicht bestehen, sollte darauf verwiesen werden	Die Orientierung an den S3-LL fordert multidisziplinäre Teams, die im Sozialraum und der Lebenswelt der Patientinnen und	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 08.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1			Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			und sollten diese einbezogen werden.	Patienten arbeiten. Dazu benötigt es alle Akteure aus den verschiedenen Tätigkeitsfeldern!	
13	BAPP	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
14	BFLK	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
15	BPM	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
16	ackpa	allen	ackpa unterstützt den Vorschlag aller.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
19	PIBB	allen	Einschub nach „berücksichtigt“: ...und gelten ggf. auch als 2. LE (z. B. BEW, Einzelfallhilfe), ohne dass weitere Verordnungen im SGB V erforderlich sind.	Eine engmaschige Betreuung im BEW erfolgt i.d.R. bei dieser Zielgruppe qualitätsgesichert durch Pflegekräfte, Sozialpädagog*innen etc. Hier ist eine enge Kooperation sinnvoll und kann wiederum Kapazitäten im SGB V Bereich schonen. Zudem bestehen inhaltlich große Gemeinsamkeiten zwischen z.B.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Dokumentation bereits bestehender Leistungen außerhalb des SGB V soll Transparenz über bereits bestehende

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1			Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				BEW/Einzelfallhilfe und Soziotherapie; eine parallele Verordnung ist weder sinnvoll, noch (kosten-)effektiv.	Versorgungsangebote herstellen und die Abstimmung der Versorgungsangebote erleichtern, gerade auch um Doppelstrukturen zu vermeiden. Siehe lfd. Nr. 08.
20	DGVT-BV	allen	Zustimmung	Trägt Vernetzungsgedanken Rechnung. Parallelbehandlungen können transparent gemacht werden.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
22	DGSP	allen	Kooperationsmöglichkeiten und das Überwinden von Schnittstellen sollte auf jeden Fall gefördert werden. Information und Einbezug dessen ist zwingend erforderlich.	Umfassende Hilfen benötigen alle Akteure des Hilfsystems.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
23	BDP	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
24	APK	allen	Zustimmung Auch hier wird auf die allgemeinen Anmerkungen zur Einbindung in den		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1			Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			Gemeindepsychiatrischen Verbund verwiesen.		
25	DGPM	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
26	Diakonie Dtl.	allen	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Behandlungsbedarf haben häufig auch Leistungsansprüche nach dem SGB IX. Daher sind weitere Angebote nicht nur zu dokumentieren; vielmehr ist der Gesamtbehandlungsplan mit dem Gesamtplan bzw. Teilhabeplan nach SGB IX zu verschränken. Die Koordination der Leistungen ist verbindlich sozialleistungsträgerübergreifend auszugestalten.	Dieser Aspekt berührt die Frage, wie die Zusammenarbeit zwischen dem hier beschriebenen Netzverbund und bestehenden (Gemeindepsychiatrischen) Verbünden vor Ort ausgestaltet werden soll. Die Diakonie Deutschland fordert erneut die Bildung von bzw. (wo vorhanden) die Kooperation mit Gemeindepsychiatrischen Verbundsystemen (GPV). Auf diese Weise ist die Vernetzung auch mit dem Eingliederungshilfebereich und dem Bereich der SpDi im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge (ÖGD) zu gewährleisten. Innerhalb des GPV soll der Netzverbund verortet werden, der die komplexe medizinische Behandlung koordiniert. Ist dieser Bestandteil eines	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 08.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 3 Satz 2 Folgeänderung: § 9 Absatz 1			Wenn Hilfsangebote außerhalb des SGB V bereits bestehen, werden diese im Rahmen der Behandlung berücksichtigt; dies ist im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Teilhabeplans nach SGB IX ist die Zusammensetzung im GPV abzustimmen. Eine bloße Begrenzung der fallbezogenen Kooperation im Rahmen des Netzwerkvertrags auf Leistungserbringer des SGB V ist nicht ausreichend.	
28	DGPT	allen	Dem ist zuzustimmen.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
30	BAG Psychiatrie und VKD	allen	Wird unterstützt	Im Sinne von SGB- übergreifenden Hilfsangeboten für schwer erkrankte Klienten sinnvoll.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
32	DPtV	allen	Zustimmung	sachgerecht	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§ 8 Absatz 4

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]			GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
01	BPtK	GKV-SV	Die Ergänzung einer zusätzlichen Pflicht das Ende der KSVPsych-Versorgung anzuzeigen wird nicht befürwortet.	Die bestehenden Regelungen sind ausreichend um zu gewährleisten, dass eine ggf. parallel stattfindende Versorgung in mehreren Netzverbünden frühzeitig erkannt wird.	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Eine parallele Versorgung durch mehrere Netzverbünde bzw. durch nicht an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmende Leistungserbringende konterkariert das Ziel einer koordinierten und strukturierten Versorgung, daher wurde bereits in der Erstfassung die Meldung des Beginns der Versorgung durch einen Netzverbund gegenüber der zuständigen Krankenkasse geregelt, da eine Prüfung ausschließlich durch die Krankenkassen erfolgen kann. Die vorgeschlagene Ergänzung der Regelung führt zu Transparenz über die bestehende Inanspruchnahme der Versorgung nach der KSVPsych-RL, die vor allem bezüglich der Entscheidung über genehmigungspflichtige Leistungen, bspw. eine

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]			GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
					Richtlinienpsychotherapie, erforderlich ist.
05	DFPP	GKV-SV	Die DFPP stimmt der GKV-SV zu	Ein klare und einheitlich Meldung sorgt für eine größere Transparenz in dem System	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
06	BVDN	GKV-SV	Ablehnung	Der Beginn und das Ende der Behandlung nach KSVPsych-RL muss in geeigneter Weise angezeigt werden – ansonsten sollte aber hinsichtlich der Entbürokratisierung auf Überregulierungen verzichtet werden	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.
07	BVDP	GKV-SV	Ablehnung	Der Beginn und das Ende der Behandlung nach KSVPsych-RL muss in geeigneter Weise angezeigt werden – ansonsten sollte aber hinsichtlich der Entbürokratisierung auf Überregulierungen verzichtet werden	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.
09	DGPPN	GKV-SV	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von der GKV-SV an.	Der Beginn und das Ende der Behandlung nach KSVPsych-RL muss in geeigneter Weise angezeigt werden – ansonsten sollte aber hinsichtlich der Entbürokratisierung auf Überregulierungen verzichtet werden	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
12	BAG-GPV	GKV-SV	Je einfacher, umso besser: Beginn und Ende müssen verpflichtend angezeigt werden, alles Weitere ist überflüssig. Allerdings nicht	Da eine parallele Teilnahme in mehreren Verbünden nicht möglich ist, und die Krankenkassen die Stellen sind, die über die notwendigen Informationen verfügen, stellt	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]			GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
			in der beschriebenen standardisierten und sehr aufwändigen Art.	sich die Frage, ob eine Abmeldung tatsächlich erforderlich ist?	
13	BAPP	GKV-SV	Die BAPP stimmt der GKV-SV zu	Ein klare und einheitlich Meldung sorgt für eine größere Transparenz in dem System.	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
15	BPM	GKV-SV	Ablehnung	Der Beginn und das Ende der Behandlung nach KSVPsych-RL muss in geeigneter Weise angezeigt werden – ansonsten sollte aber hinsichtlich der Entbürokratisierung auf Überregulierungen verzichtet werden.	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.
16	ackpa	GKV-SV	ackpa unterstützt den Vorschlag des GKV-SV.	Die Meldung sollte in jedem Fall bürokratiearm erfolgen und im Informationsgehalt maximal schlank konzipiert werden.	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
19	PIBB	GKV-SV	Ablehnung	Weiterhin fehlen digitale Möglichkeiten zur Übermittlung der Daten an die Krankenkassen. Im Gegenteil sollte die Anzeigepflicht auch des <u>Behandlungsbeginns</u> gestrichen werden, bis entsprechende digitale Muster bzw. Prozesse etabliert sind.	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.
20	DGVT-BV	GKV-SV	Zustimmung	Schafft Transparenz	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
21	DDPP	GKV-SV	Diesen Zusatz unterstützen wir bedingt.	Der Behandlungsbeginn muss angegeben werden, das Behandlungsende anzuzeigen	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]			GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				wird den meisten psychiatrisch komplex und schwer erkrankten Patienten nicht gerecht, ein tatsächliches Behandlungsende, was es manchmal aber nicht immer gibt, sollte angezeigt werden.	
23	BDP	GKV-SV	Zustimmung	Erhöht Transparenz	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
24	APK		Parallelteilnahmen in mehreren Verbünden werden durch die Meldepflicht zu Beginn verhindert.		GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.
25	DGPM	GKV-SV	Die Meldung der Beendigung der Versorgung durch einen Netzverbund gegenüber der zuständigen Krankenkasse wird unterstützt und als sinnvoll erachtet.	Eine parallele Versorgung ist nicht möglich, so dass bei einem Wechsel des Netzverbundes oder auch zu einem nicht an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringer eine Meldung der Beendigung erforderlich ist.	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
28	DGPT	GKV-SV	Dem ist zuzustimmen.		GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
32	DPtV	GKV-Sv	Ablehnung	Im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie findet bereits ein Anzeige- bzw.	GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Siehe lfd. Nr. 01.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 8 Absatz 4 [GKV-SV: Satz 2 und 3]			GKV-SV: Der Behandlungsbeginn <i>und das Behandlungsende</i> der KSVPsych-Versorgung sind anzuzeigen. Vorgaben zu einer standardisierten und einheitlichen Meldung und deren Inhalten.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				Genehmigungsverfahren statt. Der zusätzliche bürokratische Aufwand ist zu vermeiden.	

§ 9 Absatz 1

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 9 Absatz 1			Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
01	BPtK	allen	Die Ergänzungen in § 9 Absatz 1 werden befürwortet.	Die vorgeschlagenen Regelungsänderungen sind geeignet, die Kooperation und die Abstimmung der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer*innen weiter zu stärken, nicht zuletzt auch zwischen den Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen, die in vielen Fällen zusammen mit der koordinierenden Person den Nukleus der multiprofessionellen Versorgung bilden werden. Siehe hierzu auch die Ausführungen zu den Änderungen des § 8 Absatz 1	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 9 Absatz 1			Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
05	DFPP	allen	Die DFPP stimmt dieser Änderung zu	Der Gesamtbehandlung sollte mit allen Beteiligten regelmässig abgestimmt werden, ob es behandlungsspezifische Änderungen bzw. Präferenzen in der Versorgung geben sollte.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
06	BVDN	allen	Zustimmung	Dem ist zuzustimmen.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
07	BVDP	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
09	DGPPN	allen	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von allen an.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
11	DVGP	allen	Zur Ergänzung um Maßnahmen gem. § 8 Abs. 3 Satz 2 siehe dort. Keine Stellungnahme zu den übrigen Änderungen in Abs. 1.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
13	BAPP	allen	Die BAPP stimmt dieser Änderung zu	Der Gesamtbehandlung sollte mit allen Beteiligten regelmässig abgestimmt werden, ob es behandlungsspezifische Änderungen	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 9 Absatz 1			Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				bzw. Präferenzen in der Versorgung geben sollte.	
14	BFLK	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
15	BPM	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
16	ackpa	allen	ackpa unterstützt den Vorschlag aller.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
19	PIBB	allen	??? Zustimmung	Nur fakultativ, nicht obligat	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Eine Verständigung über geeignete Formen der Abstimmung ist sinnvoll. Der gewählte Regelungsrahmen formuliert die Anforderung jedoch bewußt offen und in sehr zurückhaltendem Maß, sodass nicht von einer Überregulierung gesprochen werden kann.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 9 Absatz 1			Ergänzung: Im Gesamtbehandlungsplan wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten erforderlich sind, und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form (z.B. als Fallbesprechung).		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
20	DGVT-BV	allen	Ablehnung	Überregulierung vermeiden, keine weiteren bürokratischen Hürden schaffen.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
23	BDP	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
24	APK	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
25	DGPM	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
28	DGPT	allen	Dem ist zuzustimmen.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
30	BAG Psychiatrie und VKD	allen	Wird unterstützt	Gewährleistet den erforderlichen interdisziplinären Austausch	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
32	DPTv	allen	Zustimmung	Ermöglicht gleichberechtigte Versorgungsbeteiligung in kontinuierlicher Abstimmung.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.

§ 11 Absatz 1

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 11 Absatz 1			Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ wird gestrichen		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
01	BPtK	allen	Die redaktionelle Änderung wird befürwortet.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.
05	DFPP	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.
06	BVDN	allen	Zustimmung	Dem ist zuzustimmen.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.
07	BVDP	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.
09	DGPPN	allen	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von allen an.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.
11	DVGP	allen	Zustimmung. Außerdem sollte in Satz 1 ergänzt werden: ... während des stationären, teilstationären oder stationsäquivalenten ... “		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich geteilt. Da an dieser Stelle jedoch vorrangig der Übergang von Patientinnen und Patienten aus einer stationären Behandlung in die ambulante Versorgung adressiert ist (in der Folge wird dann auf das Entlassmanagement eingegangen), erscheint es sachgerecht, die bestehende Formulierung beizubehalten.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 11 Absatz 1			Passus „durch die Anwendung eines geeigneten Assessment“ wird gestrichen		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
13	BAPP	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.
14	BFLK	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.
15	BPM	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.
16	ackpa	allen	ackpa unterstützt den Vorschlag aller.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.
19	PIBB	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.
24	APK	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.
25	DGPM	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.
28	DGPT	allen	Dem ist zuzustimmen.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.
30	BAG Psychiatrie und VKD	allen	Wird unterstützt	Muss nicht expliziert werden – die Vorgaben zum Entlassmanagement sind klar definiert (Rahmenvertrag Entlassmanagement in der jeweils gültigen Fassung).	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.
32	DPtV	allen	Zustimmung	sachgerecht	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.

§ 11 Absatz 6

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 11 Absatz 6			Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrastuktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
01	BPtK	allen	Der Regelungsvorschlag wird befürwortet.	Die ergänzende Regelung in Absatz 6, mit der auf die Nutzung der Komponenten und Dienste der Telematikinfrastuktur sowie der elektronischen Patientenakte für die Erleichterung des Sektorenübergangs hinwiesen wird, ist sachgerecht. Deren Nutzung kann sowohl beim Übergang aus der ambulanten in die stationäre Versorgung als auch bei Entlassung aus dem Krankenhaus und die Überführung in ambulante Komplexbehandlung eine systematische und zeitnahe Kommunikation und Bereitstellung der für die weitere Behandlung erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Informationen erleichtern.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.
05	DFPP	allen	Zustimmung der DFPP		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.
06	BVDN	allen	Zustimmung	Dem ist zuzustimmen.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.
07	BVDP	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 11 Absatz 6			Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
09	DGPPN	allen	Die DGPPN schließt sich den Änderungsvorschlägen von allen an.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.
11	DVGP	allen	Grundsätzliche Zustimmung; erforderliche Ergänzung, dass der/die Patient:in über alle Schritte der Informationsübermittlung zu unterrichten ist!		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Für die Nutzung der Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V sowie der elektronischen Patientenakte gemäß § 342 SGB V gelten die entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen. Die Aufnahme einer weiteren Regelung in der KSVPsych-RL erscheint daher nicht erforderlich.
13	BAPP	allen	Zustimmung der BAPP		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.
14	BFLK	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.
15	BPM	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 11 Absatz 6			Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrasturktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
16	ackpa	allen	ackpa unterstützt den Vorschlag aller.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.
19	PIBB	allen	Zustimmung	Dies sollte jedoch nicht obligatorisch sein.	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme. Die Regelung ist als Kann-Regelung formuliert und daher nicht obligatorisch.
23	BDP	allen	Zustimmung unter Berücksichtigung der Zustimmung Behandler		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.
24	APK	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.
25	DGPM	allen	Zustimmung		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.
28	DGPT	allen	Dem ist zuzustimmen.		GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.
30	BAG Psychiatrie und VKD	allen	Eine funktionierende Kommunikation aller Netzverbundmitglieder über die TI ist wünschenswert.	Hierfür sind insbesondere die Kommunikation im Medizinwesen (KIM) – aber perspektivisch auch TI-Messenger-Lösungen - vorgesehen. Allerdings erfolgt bisher auf Ebene der Leistungserbringer wenig Korrespondenz über die KIM (Einschätzung BAG und VKD). Viele Krankenhäuser haben zum derzeitigen Stand die Integration der KIM-Postfächer in	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Paragraph, betreffende Passage			Änderung der KSVPsych-RL		
§ 11 Absatz 6			Ergänzung: Zur Informationsweitergabe in das Krankenhaus wie auch aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung können auch Komponenten und Dienste der Telematikinfrastuktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und § 342 SGB V einbezogen werden.		
Lfd. Nr.	Institution	Position von	Stellungnahme	Begründung	Würdigung der Stellungnahmen
				das KIS noch nicht abgeschlossen. Zudem ergibt sich bei größeren Verbünden mit tagesklinischen und ambulanten Strukturen aktuell die Herausforderung der Implementierung vieler (kostenpflichtiger) KIM- Mailadressen für die Einzelstandorte, die beantragt und verwaltet werden müssen. Hier ist (aus Sicht der BAG Psychiatrie und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)) der erforderliche Umsetzungsgrad in Bezug auf die TI noch nicht gegeben.	
32	DPtV	allen	Zustimmung	sachgerecht	GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.

Literaturangaben des DNVF

Aoki, Yumi; Yaju, Yukari; Utsumi, Tomohiro; Sanyaolu, Leigh; Storm, Marianne; Takaesu, Yoshikazu et al. (2022): Shared decision-making interventions for people with mental health conditions. In: The Cochrane database of systematic reviews 11 (11), CD007297. DOI: 10.1002/14651858.CD007297.pub3.

Clark DM, Canvin L, Green J, Layard R, Pilling S, Janecka M. (2018) Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. Lancet;391:679–86. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32133-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32133-5).

Council of Experts on the Assessment of Developments in the Health Care System (2018) Demand-oriented management of health care. Report 2018. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf.

DGN e. V. & DGPPN e. V. (Hrsg.) (2025) S3-Leitlinie Demenzen, Version 5.1, 28.03.2025, verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-013>.

DGPPN e. V. (Hrsg.) für die Leitliniengruppe (2022) S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung. Version 1.0 vom 14.11.2022 verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien>.

DGPPN e.V. (2019). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. 2. Auflage, Berlin: Springer (AWMF-Registernummer 038-020)

DPTV German Psychotherapists Association (2021) Report Psychotherapy 2021. https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_offentlich/Report_Psychotherapie/DPTV_Report_Psychotherapie_2021.pdf.

Härter, M., Watzke, B., Daubmann, A., Wegscheider, K., König, H.H., Brettschneider, C., Liebherz, S., Heddaeus, D. & Steinmann M. (2018). Guideline-based stepped and collaborative care for patients with depression in a cluster-randomised trial. Scientific Reports UK, 20, 8(1), 9389. IF: 4.122 (2017)

Heddaeus, D., Steinmann, M., Daubmann, A., Härter, M. & Watzke, B. (2018). Treatment selection and treatment initialization in guideline-based stepped and collaborative care for depression. PLoS One, 13 (12), e0208882.

Hölzel, L. P., Bjerregaard, F., Bleich, C., Boczor, S., Härter, M., König, H-H., Kloppe, T., Niebling, W., Scherer, M., Tinsel, I. & Hüll, M. (2018). Coordinated treatment of depression in elderly people in primary care. Deutsches Ärzteblatt International, 115(44), 741-747.

Jeppesen R, Benros ME (2019) Autoimmune Diseases and Psychotic Disorders. Front Psychiatry. Mar 20;10:131. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00131. PMID: 30949074; PMCID: PMC6435494.

Lambert, M., König, H., Karow, A., König, H. H., Rohenkohl, A., Luedecke, D., Schröter, R., Finter, C., Tlach, L., Schindler, A., Peter, H., Scherer, M., Mews, C., Härter, M., Bindt, C., Löwe, B., Briken, P., Peper, H., Schweiger, M., Mösko, M., Bock, T., Deister, A., Correll, C. U., Ozga, A. K., Pepić, A., Zapf, A., Gallinat, J., Peth, J., Konnopka, A. & Schulz, H. (2024). Stepped, evidence-based and integrated care service model vs. usual care for men- tal disorders: A randomized controlled trial (RECOVER). *Psychiatry Research*, 339, 116007. 10.1016/j.psychres.2024.116007. Linden M, Zänker I, Solvie J, Rose M (2021) Ambulante Versorgung: Erreichbarkeit von Psychotherapeuten. *Dtsch Arztebl*; 118 (5): A 252–4

Melchior H, Schulz H, Härter M (2014). Faktencheck Gesundheit 2014:1–144.

OECD/EU (2018). Health At a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.

Pantle V, Maier L, Schmalbach I, Engesser D, Lieb K, Wiegand HF and Singer S (2024) „Wie soll mir denn eine Therapie helfen, wenn ich schon daran scheitere, sie mir zu organisieren?“. Eine qualitative Studie zu Erfahrungen von Therapiesuchenden einer ambulanten Psychotherapie. *Zeit- schrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*; 53:35–43. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000752>.

Pollak TA, Lennox BR, Müller S, Benros ME, Prüss H, Tebartz van Elst L, Klein H, Steiner J, Frodl T, Bogerts B, Tian L, Groc L, Hasan A, Baune BT, Endres D, Haroon E, Yolken R, Benedetti F, Halaris A, Meyer JH, Stassen H, Leboyer M, Fuchs D, Otto M, Brown DA, Vincent A, Najjar S, Bechter K (2020) Autoimmune psychosis: an international consensus on an approach to the diagnosis and management of psychosis of suspected autoim- mune origin. *Lancet Psychiatry*. Jan;7(1):93-108. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30290-1. Epub 2019 Oct 24. Erratum in: *Lancet Psychiatry*. 2019 Dec;6(12):e31. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30439-0. PMID: 31669058.

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Achte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungs- kommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung - Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie („Psych-Fächer“): Reform und Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung 2023.

Sachverständigenrat Gesundheit&Pflege (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf

World Health Organization (2022). World mental health report. Transforming mental health for All. World Health Organization, Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>.

Beschlussentwurf

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 21.08.2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21.08.2025 beschlossen, die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) in der Fassung vom 2. September 2021 (BANz AT 17.12.2021 B3) wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

GKV-SV/DKG/PatV	KBV
	1. In § 2 Absatz 2 wird die Angabe „F10“ durch die Angabe „F00“ ersetzt.
1.	2.

§ 3 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) In Nummer 1 wird nach der Angabe „nach Absatz 2“ die Angabe „Satz 1 Nummer 1 oder ein Netzverbund nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 2“ eingefügt.
- bb) In Nummer 2 wird nach der Angabe „Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer sind“ die Angabe „und einen Kooperationsvertrag mit einem Netzverbund nach Absatz 3 abgeschlossen haben oder“ durch die Angabe „und eine Kooperation nach Absatz 3 mit einem Netzverbund eingegangen sind“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt: „Der Netzverbund ist
 - 1. ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Satz 2 einer Region (Netzverbundmitglieder) oder

2. ein zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenes Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) oder eine örtliche Berufsausübungsgemeinschaft (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 gewährleisten.“

- bb) In Satz 2 Nummer 2 wird nach der Angabe „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ die Angabe
 „, Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Erwachsene“ eingefügt.

GKV-SV/DKG/PatV	KBV
<i>Folgedissens zu § 2 Absatz 2</i>	
	Nach der Angabe „3. Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie“ wird die Angabe „sowie“ und die folgende Nummer 4 „4. Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie.“ eingefügt.

- cc) In Satz 3 wird die Angabe „10“ durch die Angabe „sechs“ sowie die Angabe „vier“ jeweils durch die Angabe „zwei“ ersetzt.

- dd) Nach Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt: „Eine Fachärztin oder ein Facharzt gemäß Satz 2 Nummer 1 verfügt über einen vollen Versorgungsauftrag oder eine diesem Umfang entsprechende Anstellungsgenehmigung und eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut gemäß Satz 2 Nummer 2 verfügt mindestens über einen halben Versorgungsauftrag oder eine diesem Umfang entsprechende Anstellungsgenehmigung. Versorgungsaufträge im Umfang von mindestens einem halben Versorgungsauftrag oder diesem Umfang entsprechende Anstellungsgenehmigungen für die anderen Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach Satz 2 sind zulässig.“

- ee) Der neue Satz 6 wird durch den Satz „Die Netzverbundmitglieder können einen Netzverbund schließen, der insbesondere die Ausgestaltung der Festlegungen in § 6 regelt.“ ersetzt.

- ff) Nach dem neuen Satz 6

GKV-SV/PatV	KBV/DKG
wird folgender Satz eingefügt: „Für Netzverbünde gemäß Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 gelten die Regelungen der Sätze 2 bis 5 entsprechend.“	werden folgende Sätze eingefügt: „Für Netzverbünde gemäß Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 gelten die Regelungen des Satzes 2 entsprechend. Abweichend von Satz 3 bis 4 verfügt eine BAG oder ein MVZ als ein Netzverbund nach Satz 1 Nummer 2 mindestens über den Umfang von drei

GKV-SV/PatV	KBV/DKG
	vollen Versorgungsaufträgen oder entsprechenden Anstellungsgenehmigungen der Fachgruppen gemäß Satz 2 Nummer 1 und 2, davon muss mindestens einer einen halben psychiatrischen und einer einen halben psychotherapeutischen Versorgungsauftrag oder entsprechende Anstellungsgenehmigungen umfassen.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „Absatz 1 ist“ die Angabe „, dass der Netzverbund Kooperationsverträge, die den Vorgaben des § 6 entsprechen, abschließt“ durch die Angabe „die Kooperation“ ersetzt.
- bb) In Satz 1 Nummer 1 wird nach der Angabe „Einrichtungen für Erwachsene“ die Angabe „in der räumlichen Nähe zum Netzverbund, das Kompetenzen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten nach § 2 hat“ eingefügt.
- cc) Der Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt: „Die Kooperation mit dem in der Region des Netzverbundes für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständigen Krankenhaus ist anzustreben.“.

GKV-SV/PatV	KBV/DKG
	dd) Nach Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt: „Kommt eine Kooperation mit einem Krankenhaus gemäß § 3 Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 in Verbindung mit Satz 2 und 3 nicht zustande, kann ausnahmsweise und maximal befristet auf fünf Jahre im Rahmen der Prüfung gemäß § 3 Absatz 9 unter nachfolgenden Voraussetzungen und Erfüllung der weiteren Vorgaben dieser Richtlinie ein Netzverbund genehmigt werden. Im Rahmen der Genehmigung ist hierfür ein Konzept für die jederzeitige Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen gemäß § 6 Absatz 1 Nummer 8 vorzulegen. Zudem ist nachzuweisen, dass sich sechs Monate lang aktiv um eine Kooperation mit allen potentiell teilnahmeberechtigten Krankenhäusern gemäß § 3 Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 in Verbindung mit Satz 2 und 3 bemüht wurde. Das aktive Bemühen umfasst mindestens das Unterbreiten

GKV-SV/PatV	KBV/DKG
	eines entsprechenden Kooperationsangebotes. Der Zeitraum der sechs Monate beginnt ab der ersten Kontaktaufnahme mit einem potentiell teilnahmeberechtigten Krankenhaus. Das Kooperationsangebot muss mindestens die Zusammensetzung des zukünftigen Netzverbundes, die geplante Ausgestaltung der Standards und Prozesse gemäß § 6, die geplante Zusammenarbeit und Abstimmung im Rahmen der Kooperation sowie die vorgesehenen Regelungen für eine zeitnahe Übernahme von Patienten oder Patientinnen nach einer stationären Behandlung beinhalten. Eine Verlängerung der Ausnahmeregelung nach Satz 4 ist nach erneuter Prüfung möglich.“

d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Kooperationsvertragspartnern“ durch die Angabe „Kooperationspartnern“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird nach der Angabe „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten“ die Angabe „und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche“ eingefügt.

cc) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt: „Davon sind auch ermächtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 31 Absatz 1 Satz 3 und 4 Ärzte-ZV umfasst.“

e) Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz ersetzt: „Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Muster-Weiterbildungsordnung für die Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen der Bundespsychotherapeutenkammer sowie der Muster-Weiterbildungsordnung Psychotherapeut*innen der Bundespsychotherapeutenkammer und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.“

f) Absatz 9 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt: „Die Netzverbünde legen der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung einen Nachweis zur Erfüllung der Anforderungen nach dieser Richtlinie zur Prüfung vor. Dieser Nachweis kann in Form von Vereinbarungen, wie zum Beispiel ein Netzverbundvertrag, oder schriftlichen einseitigen Erklärungen eines jeden Leistungserbringers erfolgen.“

- bb) In dem neuen Satz 3 wird die Angabe „Erfüllen diese die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie“ durch die Angabe „Werden die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt“ ersetzt.
- cc) In Satz 5 wird die Angabe „Kooperationsvertragspartner“ durch die Angabe „Kooperationspartner“ ersetzt.
- dd) Nach Satz 6 wird der folgende Satz eingefügt: „Entsprechendes gilt für Netzverbünde nach § 3 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2.“.
- g) Absatz 11 wird durch folgenden Absatz ersetzt:

„Die Netzverbünde teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Information der Patientinnen und Patienten sowie der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser im jeweiligen Bundesland mit. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis jeweils unmittelbar bei relevanter Veränderung, mindestens jährlich, in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit dem Netzverbund sollen diese Informationen der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V zur Verfügung gestellt werden.“

GKV-SV//DKG/PatV	KBV
<i>Folgedissens</i>	
2.	3.

§ 4 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „der zentrale Ansprechpartner“ durch die Angabe „die zentrale Ansprechperson“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 wird die Angabe „über einen vollen Versorgungsauftrag“ durch die Angabe „mindestens über einen halben Versorgungsauftrag oder eine diesem Umfang entsprechenden Anstellungsgenehmigung oder im Falle des Satz 7 über eine dem Umfang eines halben Versorgungsauftrags entsprechende Tätigkeit in der psychiatrischen Institutsambulanz“ ersetzt.
 - cc) Nach Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt: „Sie oder er stellt eine telefonische Erreichbarkeit an mindestens vier Tagen pro Woche von jeweils mindestens 50 Minuten sicher, entweder durch sie oder ihn selbst oder durch die im Gesamtbehandlungsplan gemäß § 9 Absatz 1 benannte koordinierende Person. Unberührt bleibt dabei der patientenindividuelle erforderliche Tätigkeitsumfang der nicht ärztlichen koordinierenden Person nach § 5 für ihre Aufgaben nach § 10.“
 - dd) In dem neuen Satz 5 wird die Angabe „Sie oder er“ durch die Angabe „Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut“ ersetzt.

- ee) In dem neuen Satz 5 werden in Nummer 4. nach der Angabe „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ die Wörter „oder Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Erwachsene“ eingefügt.
 - ff) Nach Satz 5 wird ein neuer Satz eingefügt: „Satz 5 gilt entsprechend für MVZ und BAG als Netzverbünde nach § 3 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2.“
 - gg) In dem neuen Satz 7 wird die Angabe „Kooperationsvertragspartner“ durch die Angabe „Kooperationspartner“ ersetzt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 2 wird nach der Angabe „die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut“ die Angabe „nach Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 bis 4“ eingefügt.
 - 1. bb) Nach Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt: „Wird eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 Bezugspsychotherapeutin oder -therapeut, ist mindestens bei denjenigen Patientinnen und Patienten eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 3 regelmäßig in die Behandlung und bei der Erstellung und Anpassung des Gesamtbehandlungsplans nach § 9 einzubeziehen, deren psychopharmakologische Behandlung einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegt oder
 - 2. bei denen eine Konstellation vorliegt, die eine kontinuierliche Behandlung oder Überwachung durch Fachärztinnen oder Fachärzte nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 3 erfordert.“
- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- aa) Nach Nummer 1 wird die folgende Nummer 2 eingefügt: „2. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 6 Absatz 1 Nummer 10,“.
 - bb) Die bisherigen Nummern 2 und 3 werden zu den Nummern 3 und 4.

GKV-SV//DKG/PatV	KBV
<i>Folgedissens</i>	
3.	4.

§ 6 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „Netzverbundmitglieder“ die Angabe „nach § 3 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und der Netzverbund nach § 3 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2“ eingefügt.
 - bb) In Nummer 3 wird die Angabe „erfolgt“ durch die Angabe „beginnt“ ersetzt.
 - cc) In Nummer 5 wird die Angabe „einheitliche“ durch die Angabe „verständliche“ ersetzt und vor der Angabe „gemeinsame Entscheidungsfindung“ die Angabe „unter anderem“ eingefügt.
 - dd) In Nummer 6 wird die Angabe „einheitliche“ gestrichen.

- ee) In Nummer 7 wird die Angabe „innerhalb des Netzverbundes“ durch die Angabe „auch unter Einbezug der Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 306 SGB V“ ersetzt.
- ff) In Nummer 8 wird die Angabe „ambulante psychiatrische Pflegedienste oder Krankenhäuser“ durch die Angabe „ambulanten psychiatrischen Pflegediensten oder Krankenhäusern“ ersetzt.
- gg) In Nummer 10 wird

GKV-SV/DKG/PatV	KBV
	nach der Angabe „darauffolgend“ die Angabe „patientenindividuell, aber“ eingefügt, die Angabe „zweimal“ durch die Angabe „einmal“ ersetzt sowie
die Angabe „erfolgen,“ durch die Angabe „erfolgen.“ ersetzt, und der folgende Satz eingefügt: „Zu diesen Fallbesprechungen sind mit Einwilligung und nach vorheriger Information der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten die Akteure einzuladen, welche die nach § 9 Absatz 1 Satz 2 dokumentierten Hilfen aus Leistungsbereichen außerhalb des SGB V für die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten durchführen.“	
	hh) Nach Nummer 10 wird folgende Nummer 11 eingefügt: „11. Die Netzverbünde gemäß § 3 Absatz 2 können niedrigschwellige Gruppenangebote zur Psycho- edukation und Ressourcenstärkung für Patientinnen und Patienten und deren Angehörige einrichten. Sie werden von teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern geleitet. Der Zugang erfolgt auf Empfehlung der Bezugärztin oder des Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten. Die Gruppenangebote können auch von mehreren Verbünden gemeinsam realisiert werden. Hier kann auch der Einsatz der Möglichkeiten von Gruppen-Videosprechstunden erfolgen.“
	ii) Die bisherige Nummer 11 wird zu Nummer 12.

- b) In Absatz 2 Satz 2 wird nach der Angabe „Inhalt des Versorgungsangebots“ die Angabe „sowie über die im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie mögliche Nutzung der elektronischen Patientenakte und das Widerspruchsrecht gemäß § 347 Absatz 1 Satz 4 und Absatz 3 Satz 6 SGB V und § 348 Absatz 3 Satz 8 SGB V“ eingefügt.

- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „und Behandlung“ die Angabe „sowie die patientenorientierten Fallbesprechungen“ eingefügt.
 - bb) Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt: „Die Kommunikation im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie kann auch unter Berücksichtigung der verfügbaren Inhalte und Funktionalitäten der elektronischen Patientenakte und der Sofortnachrichtendienste gemäß § 342 Absatz 2 Nummer 2 SGB V unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen erfolgen.“
- d) In Absatz 4 wird die Angabe „im Netzverbundvertrag“ durch die Angabe „in der Vereinbarung oder im Rahmen der schriftlichen Erklärung nach § 3 Absatz 9“ ersetzt.

GKV-SV//DKG/PatV	KBV
<i>Folgedissens</i>	
4.	5.

§ 8 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 3 wird nach der Angabe „Die“ die Angabe „differentialdiagnostische“ eingefügt.

GKV-SV//DKG/PatV	KBV
bb) In Satz 4 wird die Angabe „Die differentialdiagnostische Abklärung“ durch die Angabe „Sie“ ersetzt.	bb) Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt: „Sie wird durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 Satz 2 im Rahmen ihrer berufsrechtlichen Kompetenzen und Pflichten durchgeführt.“

cc) Satz 5 wird gestrichen.

- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- In Absatz 2 wird nach dem Satz 3 der folgende Satz eingefügt: „Dabei ist anzustreben, dass im Falle einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 in die Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie einbezogen wird.“
- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- aa) Nach dem Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt: „Bestehen solche Hilfen aus Leistungsbereichen außerhalb des SGB V, werden diese im Rahmen der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie berücksichtigt. Die Berücksichtigung von Akteuren anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringerinnen, -erbringer oder -träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht.“

- bb) Nach dem neuen Satz 4 werden folgende Sätze eingefügt: „An der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß § 3 Absatz 1 können mit Einwilligung und nach vorheriger Information der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellen zur Planung und Koordination der notwendigen Leistungen und Unterstützungssysteme teilnehmen.“

GKV-SV	KBV/DKG/ PatV
d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 2 wird nach der Angabe „ist der Beginn“ die Angabe „und das Ende“ eingefügt und nach der Angabe „Bezugspsychotherapeuten“ die Angabe „mit einer standardisierten und einheitlichen Meldung unverzüglich“ eingefügt.	
bb) Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt „Die Meldung beinhaltet die lebenslange Arztnummer der Bezugärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugpsychotherapeutin oder des Bezugpsychotherapeuten, die numerische Kennzeichnung der Versicherten, 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.“	

GKV-SV//DKG/PatV	KBV
<i>Folgedissens</i>	
5.	6.

§ 9 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „Patienten“ die Angabe „unter Berücksichtigung der zum Behandlungszeitpunkt mit der elektronischen Patientenakte verfügbaren Inhalte“ eingefügt.

bb) In Satz 2 wird nach der Angabe „einzubeziehen“ die Angabe „; bestehende Hilfen gemäß § 8 Absatz 3 Satz 2 sind zu dokumentieren“ eingefügt.

cc) Nach Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt: „Dabei wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern nach § 3 Absatz 2 Satz 2 erforderlich sind und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form, beispielsweise als Fallbesprechung oder Konsil.“.

b) In Absatz 3 Satz 4 wird die Angabe „§ 8 Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 bis 3“ durch die Angabe „§ 4 Absatz 2 Satz 5“ ersetzt.

GKV-SV//DKG/PatV	KBV
<i>Folgedissens</i>	
6.	7.

§ 11 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird nach der Angabe „Entlassmanagements“ die Angabe „durch die Anwendung eines geeigneten Assessments“ gestrichen.

b) Nach Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt: „Die Informationen der Behandlung können auch unter Einbeziehung der Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V sowie § 342 SGB V zur Verfügung gestellt werden. Dies gilt einerseits für die Begleitinformationen zur Patientenaufnahme im Krankenhaus aus dem ambulanten Bereich und andererseits bei der Entlassung von Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus in eine ambulante Anschlussversorgung.“.

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses [ggf. G-BA] unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 21.08.2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf 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	§ 2 Definition der Patientengruppe.....	6
2.1.2	§ 3 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.....	7
2.1.3	§ 4 Bezugärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut	14
2.1.4	§ 6 Aufgaben und Organisation des Netzverbundes.....	15
2.2	Anpassungen in Abschnitt B. Patientenversorgung.....	19
2.2.1	§ 8 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung.....	19
2.2.2	§ 9 Gesamtbehandlungsplan.....	21
2.2.3	§ 11 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs.....	22
3.	Würdigung der Stellungnahmen	23
4.	Bürokratiekostenermittlung	23
5.	Verfahrensablauf	24

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 Netzverbünde bundesweit gegründet wurden, wie ihre bundesweite Verteilung ist, ob es Regionen gibt, in denen eine Gründung von Netzverbünden 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 Netzverbünden 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 § 2 Definition der Patientengruppe

Zu § 2 Absatz 2:

KBV:

Um die Versorgung nach der KSVPsych-RL insbesondere auf die schwer psychisch erkrankten Versicherten auszurichten, wurden in § 2 Regelungen festgelegt, die einer zielgerichteten Identifikation dieser Patientengruppe dienen sollen. In Absatz 2 wurde demnach als ein Kriterium für die Definition der Patientengruppe eine Auflistung relevanter Diagnosen aus dem fünften Kapitel des ICD-10-GM aufgenommen. Diese sahen bislang einen Ausschluss der organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störungen (F00 – F09 des fünften Kapitels des ICD-10-GM) und damit auch der Demenzen vor. Allerdings ist auch für die Versorgung dieser Patientengruppe zumeist eine multiprofessionelle und kooperative Komplexbehandlung durch verschiedene Berufsgruppen von Bedeutung. Auch lässt sich der Schweregrad einer Erkrankung und die Komplexität des Behandlungsbedarfs oft nicht an einer konkreten Diagnose festmachen, sondern hängt von vielen weiteren Konstellationen ab und unterscheidet sich von Fall zu Fall. Der Einbezug dieser Patientengruppe bei der Komplexbehandlung nach der KSVPsych-RL kann ggf. stationäre Einweisungen vermeiden, die für diese Patientengruppe oftmals durch Verlassen des vertrauten Lebensumfeldes mit einer Verschlechterung der Symptome einhergeht. Ein Einschluss dieser Patientengruppe ist auch vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der damit verbundenen stetig wachsenden Anzahl von Demenzpatienten und -patientinnen in Deutschland sinnvoll. Da sich auch im Rahmen der Befragung im Zwischenbericht zur Evaluation der Richtlinie Hinweise darauf ergeben haben, dass der Ausschluss relevanter Krankheitsbilder der Gruppe F0 von potentiellen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern als Umsetzungshürde gesehen wird (vgl. Zwischenbericht, S. 35 und S. 62), wird mit vorliegendem Beschluss diese Diagnosegruppe nicht länger bei der Charakterisierung der Patientengruppe ausgeschlossen.

2.1.2 § 3 Teilnahmberechtigte 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 Netzverbünden 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.

GKV-SV/PatV:

Die Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie werden nicht in KSVPsych-RL aufgenommen, da die Neuropsychologische Therapie ausschließlich bei organisch bedingten psychischen Störungen Anwendung finden kann. Diese Erkrankungen bedürfen spezifischer Behandlungsmaßnahmen, die sich auf die Behandlung der ursächlichen organischen oder systemischen Erkrankung fokussieren und in dieser Form nicht Gegenstand der Richtlinie sind.

Zu § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4:

KBV:

Mit Blick auf die Aufnahme der Diagnosen F00 bis F09 gemäß § 2 Absatz 2 erfolgt die Berücksichtigung der Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie unter Nummer 4.

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 Netzverbundteilnehmerinnen und -teilnehmer sind mindestens halbe Versorgungsaufträge oder diesem Umfang entsprechende Anstellungsgenehmigungen ausreichend. Damit sollen die Voraussetzungen für die Bildung von Netzverbünden 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 Netzverbünde, die bereits einen Netzverbundvertrag 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:

GKV-SV/PatV:

Mit dem Bezug auf § 3 Absatz 2 Satz 2 wird zunächst klargestellt, dass die fachlichen Qualifikationsvoraussetzungen auch für Netzverbünde, 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.

KBV/DKG:

In Satz 7 wird klargestellt, dass die fachlichen Qualifikationsvoraussetzungen auch für Netzverbünde, die aus einer örtlichen BAG oder einem zugelassenen MVZ gebildet werden, gelten.

Zu § 3 Absatz 2 Satz 8:

KBV/DKG:

Mitglieder eines zugelassenen MVZ oder einer örtlichen BAG arbeiten unter einem Dach, auf Basis bereits bestehender Rechts- und Kommunikationsstrukturen. Daher kann davon ausgegangen werden, dass ein niedrighschwelliger fachlicher Austausch und eine Zusammenarbeit vor Ort mit einer ggf. geringeren personellen Mindestanforderung in einem ähnlichen Maß möglich ist wie in einem dezentral angesiedelten Netzverbund, der sich aus mindestens 6 Mitgliedern zusammensetzt.

Zugelassene MVZ und örtliche BAG müssen abweichend von § 3 Absatz 2 Satz 4 über mindestens drei volle Versorgungsaufträge oder Anstellungsgenehmigungen und damit mindestens über drei Personen der Fachgruppen nach § 3 Absatz 2 Satz 3 verfügen; diese

können sich jedoch auch auf mehrere Personen verteilen. Die Regelung zielt auf eine größere Flexibilität innerhalb einer entsprechenden örtlichen BAG oder eines zugelassenen MVZ. Innerhalb dieser Vorgabe muss das zugelassene MVZ oder die örtliche BAG mindestens über einen halben psychiatrischen und einen halben psychotherapeutischen Versorgungsauftrag oder entsprechende Anstellungsgenehmigungen der Fachgruppen gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 und 2 verfügen, so dass sichergestellt ist, dass Expertise aus beiden Fachgruppen vorgehalten wird.

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 sollte sichergestellt sein, 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 dies jedoch nicht gelingen, ist es ausnahmsweise möglich, eine Kooperation mit einem anderen Krankenhaus einzugehen.

Zu § 3 Absatz 3 Satz 4 - 10:

KBV/DKG:

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 bereit waren, am Netzverbund teilzunehmen (vgl. Zwischenbericht, S. 33). Da in der Versorgungspraxis oftmals bereits informelle Kooperationen zwischen dem vertragsärztlichen Bereich und den Krankenhäusern existieren bzw. häufig ein guter Austausch über die Sektorengrenzen hinweg besteht, sollen Netzverbünde nicht gänzlich von der Möglichkeit der Versorgung nach der Richtlinie ausgeschlossen werden, wenn diese sich längere Zeit aktiv um eine Kooperation mit einem Krankenhaus bemüht haben, daraus aber keine Kooperation nach dieser Richtlinie zustande gekommen ist. Daher wird mit den Sätzen 4-10 eine weitere Ausnahmeregelung zum Einbezug der Krankenhäuser aufgenommen.

Prinzipiell ist eine Kooperation mit einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene, welches für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung in der Region des Netzverbundes zuständig ist anzustreben. Sollte dies nicht möglich sein, kann ausnahmsweise auch eine Kooperation mit einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene in räumlicher Nähe des Netzverbundes eingegangen werden, sofern dieses Kompetenzen in der Behandlung insbesondere schwer psychisch erkrankter Patienten hat. Für den absoluten Ausnahmefall, dass weder eine Kooperation mit einem Krankenhaus nach § 3 Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 in Verbindung mit Satz 2, noch mit einem Krankenhaus § 3 Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 in Verbindung mit Satz 3 zustande kommt, kann die zuständige KV im Rahmen der Prüfung gemäß § 3 Absatz 9 ausnahmsweise und maximal befristet auf fünf Jahre einen Netzverbund bei Erfüllung aller anderen Voraussetzungen der Richtlinie genehmigen. In diesem Fall hat der Netzverbund ein Konzept für die jederzeitige Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen gemäß § 6 Absatz 1 Nummer 8 vorzulegen.

Von einem aktiven Bemühen ist dann auszugehen, wenn mindestens in einem Zeitraum von 6 Monaten (von Beginn des ersten Kooperationsangebotes an ein potentielles Krankenhaus an) 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 Patienten oder 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.

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 Netzverbünde 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 Netzverbund 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 Netzverbund- bzw. Kooperationsvertrages, oder in Form von schriftlichen einseitigen Erklärungen erfolgen; aus den Nachweisen muss insbesondere eine Zuordnung zum Netzverbund 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 Netzverbünde 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 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 Netzverbünde teilen demnach ihre Erreichbarkeit und ihr Angebot ausschließlich den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen mit.

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

2.1.3 § 4 Bezugärztin oder Bezugsarzt 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 Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein möchte.

Die Bezugärztin oder der Bezugsarzt 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.

KBV: Nicht als Bezugstherapeut*innen aufgenommen werden Fachpsychotherapeut*in für Neuropsychologische Psychotherapie. Gemäß Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer umfasst die Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut*in für Neuropsychologische Psychotherapie den Erwerb von Kenntnissen und Handlungskompetenzen für die wissenschaftlich begründete Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit psychischen Störungen infolge verletzungs- oder erkrankungsbedingt beeinträchtigter Hirnfunktionen und beinhaltet die Qualifizierung in Methoden und Techniken eines wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahrens.

Bezogen auf die Erweiterung der Patientengruppen in § 2 steht der diagnostische Schwerpunkt dieser Gebietsweiterbildung im Vordergrund sowie deren weitere Einbeziehung in die Versorgung von Patienten mit entsprechenden Diagnosen. Sie sind daher als Netzverbundmitglieder gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 vorgesehen.

Zu § 4 Absatz 1 Satz 6:

Es handelt sich um eine Folgeanpassung zur Änderung § 3 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2. Danach kann eine Leistungserbringerin 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 Netzverbünden 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 Bezugssärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugpsychotherapeutin oder des Bezugpsychotherapeuten 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 Bezugssärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugpsychotherapeutin oder des Bezugpsychotherapeuten gesehen, da sie oder er den Gesamtbehandlungsplan aufstellt bzw. fort schreibt und die Verantwortung für das Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile trägt, jedoch wurde dieser Punkt bisher nicht explizit benannt.

2.1.4 § 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:

KBV:

Die Frequenz der Fallbesprechungen, an denen alle an der Versorgung Beteiligten teilnehmen, sollte patientenindividuell geplant werden. Ein Kernelement der Richtlinie ist der berufsgruppenübergreifende Austausch der an der Versorgung Beteiligten. Dieses Kernelement wird weiterhin durch die Richtlinie gewährleistet, allerdings flexibler und bedarfsgerechter ausgestaltet. Insbesondere bei stabilen, zum Beispiel medikamentös gut eingestellten Patienten oder auch bei Patienten nach überstandenen Krisen kann eine Fallbesprechung im Quartal bedarfsgerecht sein. Daher wird auf weitergehende Vorgaben verzichtet und dies in die Abstimmung der beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gegeben. Zu berücksichtigen ist weiter, dass ein kontinuierlicher Austausch der beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in der Koordination angelegt ist.

GKV-SV/KBV/DKG/PatV:

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 1 Nummer 11 (KBV):

KBV:

Psychoedukation stärkt die Ressourcen zur Krankheitsbewältigung bei Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen, indem sie mehr Wissen über ihre Krankheit, wie z.B. Selbsthilfestrategien und Therapiemöglichkeiten, erhalten. Im Gruppensetting können die Patientinnen und Patienten von den Erfahrungen und Strategien anderer Personen profitieren. Psychoedukation ersetzt weder eine Einzel- noch eine Gruppentherapie, sondern hilft, Patientinnen und Patienten zu stabilisieren und auch ihre Angehörigen einzubeziehen. Die Bezugssärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut empfiehlt jeweils denjenigen die Teilnahme, die nach therapeutischer oder ärztlicher Einschätzung profitieren können. Die Gruppenangebote können innerhalb eines Verbundes oder auch von mehreren gemeinsam realisiert werden. Gerade eine Kooperationsmöglichkeit der Verbünde ermöglicht hier schnelle und niederschwellige Unterstützungsmöglichkeiten, die auch mittels Gruppen-Videosprechstunden erfolgen können.

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 3:

Zur Präzisierung wurde der Begriff der differentialdiagnostischen Abklärung in Satz 3 aufgenommen und daher in Satz 4 gestrichen.

Zu § 8 Absatz 1 Satz 4:

KBV/DKG:

Es wird die Einschränkung aufgehoben, dass die differentialdiagnostische Abklärung ausschließlich durch einen Facharzt oder eine Fachärztin nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 durchgeführt werden kann. Die Regelung wird insofern erweitert, dass die differentialdiagnostische Abklärung durch alle in § 3 Absatz 2 Satz 2 genannten Berufsgruppen im Rahmen ihrer berufsrechtlichen Kompetenzen durchgeführt werden kann. Für die Diagnostik und Behandlung im Rahmen der berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung nach dieser Richtlinie gelten die bestehenden berufsrechtlichen Vorgaben. Einschlägige berufsrechtliche und vertragsarztrechtliche Regelungen zu Diagnostik und Therapie sind zu beachten und bleiben von den Bestimmungen dieser Richtlinie unberührt. Das bedeutet, dass für die im individuellen Patientenfall notwendige differentialdiagnostische Abklärung jede Fachgruppe oder Profession im Bedarfsfall im jeweiligen Kompetenzrahmen tätig wird.

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:

GKV-SV:

In Absatz 4 wird die Meldung der Beendigung der Versorgung durch einen Netzverbund gegenüber der zuständigen Krankenkasse ergänzt. Eine parallele Versorgung durch mehrere Netzverbünde 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. Zudem wird der Inhalt der Meldung konkretisiert. Die Anzeige muss unverzüglich durch eine standardisierte und einheitliche Meldung erfolgen. Die Meldung umfasst die Netzverbundnummer, die lebenslange Arztnummer, die Kennzeichnung der oder des Versicherten und der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers, die oder der die Bezugsfunktion übernommen hat, den Behandlungsbeginn, die Diagnosen, die Information über den Wechsel der Bezugärztin oder des Bezugarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten sowie bei Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie das Datum der Beendigung. Bei Einführung eines digitalen Antrags- und Genehmigungsverfahrens in der ambulanten Psychotherapie erfolgt die standardisierte und einheitliche Meldung über den Übermittlungsdienst Kommunikation im Medizinwesen (KIM) in vollstrukturierter und maschinenlesbarer Form (XML-Datensatz) als eNachricht entsprechend den Vorgaben der gematik.

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 Telematikinfrastuktur 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.

[KBV:

Darüber hinaus können künftig gemäß § 2 Absatz 1 auch Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose in der Erkrankungsgruppe der organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störungen (F00 – F09 des fünften Kapitels des ICD-10-GM) nach dieser Richtlinie versorgt werden.]

Änderung in den Teilnahmevoraussetzungen

Mit Änderung der KSVPsych-Richtlinie durch vorliegenden Beschluss sind die Netzverbünde 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 02.09.2021 (<https://www.g-ba.de/beschluesse/5005/>) ausgewiesenen Bürokratiekosten um geschätzt 443.376 Euro.

[KBV, DKG:

Sofern eine Kooperation mit einem Krankenhaus trotz längerer Zeit aktiver Versuche nicht zustande kommt, gilt die Ausnahmeregelung gemäß § 3 Absatz 3 Sätze 5-10: Für maximal befristet auf fünf Jahre ist für einen Netzverbund eine Genehmigung zu erteilen, wenn dieser ein sechsmonatiges aktives Bemühen um Kooperation mit einem potentiell berechtigten Krankenhaus nachweist. Dafür ist das Unterbreiten eines entsprechenden Kooperationsangebotes mit Datum und Ergebnis der Abstimmung schriftlich im Rahmen des Genehmigungsverfahrens vorzulegen.

Der Nachweis der Korrespondenz mit einem Krankenhaus geht mit einem geringfügigen bürokratischen Mehraufwand von etwa zehn Minuten bei hohem Qualifikationsniveau (62,0 €/h) einher. Den jeweiligen Netzverbünden, 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 Netzverbünde betroffen sein werden, so dass aus dieser Regelung einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 103,40 Euro resultieren.]

Anzeige des Versorgungsbeginns [GKV-SV: und -ende] gegenüber der Krankenkasse

[KBV:

Mit Einbeziehung von Patientinnen und Patienten der Erkrankungsgruppe der organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störungen (F00 – F09 des fünften Kapitels des ICD-10-GM) gemäß § 2 Absatz 1 werden geschätzt 20.000 Patientinnen und Patienten zusätzlich entsprechend der KSVPsych-Richtlinie behandelt werden. Auch für diese Patientengruppe ist gemäß § 8 Absatz 4 die Anzeige des Versorgungsbeginns in einem Netzverbund durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten bei der zuständigen Krankenkasse notwendig. Für eine entsprechende Mitteilung ist ein zeitlicher Aufwand von drei Minuten bei hohem Qualifikationsniveau (62,0 €/h) erforderlich; dies ergibt Bürokratiekosten je Fall in Höhe von 3,10 Euro. Unter Berücksichtigung der hinzukommenden Patientengruppe, die erstmals in einem Netzverbund versorgt werden, entstehen zusätzlich jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 62.000 Euro (20.000 x 3,1 Euro).]

[GKV-SV:

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 (62,0 €/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 3,1 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</i>

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
		<i>berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) sowie Beauftragung des Unterausschusses Psychotherapie und psychiatrische Versorgung mit der Durchführung des Beratungsverfahrens</i>
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

Änderungsvorschläge zur KSVPsych-RL – Synopse

Diese Synopse ergänzt zugunsten besserer Übersichtlichkeit die vier Beschlussentwürfe von GKV-SV, KBV, DKG und PatV.

Darstellung: **Dissens** / **Folgedissens**

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

(1) ¹Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. ²Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung.

(2) ¹Ziel der Versorgung nach dieser Richtlinie ist eine Verbesserung der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. ²Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen neben dem grundsätzlichen Ziel nach Satz 1 folgende Unterziele erreicht werden:

1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen und strebt an, die Bildung einer leicht erreichbaren und flexiblen Versorgungsstruktur zu fördern.
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten insbesondere für schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten zur Verfügung.
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten mit langfristigem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote gewährleisten. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte Behandlung sicherstellen und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.

(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Patientenwillens durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten, berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,
2. Zeitnahe Diagnostik und Feststellung des Versorgungsbedarfs,
3. Qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,

4. Behandlungsleitung durch eine Bezugssärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugsspsychotherapeutin oder einen Bezugsspsychotherapeuten,
5. Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund,
6. Abgestimmter, verbindlicher Gesamtbehandlungsplan,
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,
8. Einbezug des sozialen Umfelds,
9. Strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen außerhalb des SGB V.

§ 2 Definition der Patientengruppe

(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer psychischen Erkrankung nach Absatz 2, bei denen deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 3 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychosomatischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 4 besteht.

GKV-SV/DKG/PatV	KBV
§ 2 Absatz 2	
(2) Es liegt eine psychische Erkrankung aus dem V. Kapitel (F10 bis F99) des ICD-10-GM vor.	(2) Es liegt eine psychische Erkrankung aus dem V. Kapitel (~~F10~~ F00 bis F99) des ICD-10-GM vor.

(3) ¹Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist die GAF-Skala¹ heranzuziehen. ²Orientierungswert für deutliche Einschränkungen des psychosozialen Funktionsniveaus und Indikationskriterium für eine Behandlung nach dieser Richtlinie ist ein GAF-Wert von höchstens ≤50.

(4) Ein komplexer Behandlungsbedarf liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 3 Absatz 2 bis 3 notwendig ist.

¹ Global Assessment of Functioning Scale in DSM-IV-TR (Text Revision) von 2000, in deutscher Fassung von 2003, S. 24f.

§ 3 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

- (1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie entweder
1. Mitglied in einem Netzwerk nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 oder ein Netzwerk nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 sind,
 2. in Absatz 3 Satz 1 genannte Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer sind ~~und einen Kooperationsvertrag mit einem Netzwerk nach Absatz 3 abgeschlossen haben oder~~ und eine Kooperation nach Absatz 3 mit einem Netzwerk eingegangen sind oder
 3. gemäß Absatz 4 bei Bedarf oder gemäß Absatz 12 in die Versorgung nach dieser Richtlinie einbezogen werden
- sowie dem Netzwerk eine Genehmigung nach Absatz 9 vorliegt.

- (2) ¹Der Netzwerk ist
1. ein ~~vertraglicher~~ Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Satz 2 einer Region (Netzwerkmitglieder) ~~oder~~
 2. ein zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenes Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) oder eine örtliche Berufsausübungsgemeinschaft (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 gewährleisten.

²Netzwerkmitglieder können Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sein, die jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:

1. Fachärztinnen und Fachärzte für
 - a) Psychiatrie und Psychotherapie,
 - b) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
 - c) Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie,
2. ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, ~~Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Erwachsene~~ sowie
3. Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie

GKV-SV/DKG/PatV	KBV
<i>Folgedissens zu § 2 Absatz 2</i>	
	sowie 4. Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie.

³Für die Versorgung nach dieser Richtlinie stehen im Netzwerk mindestens insgesamt ~~10~~sechs der Fachärztinnen und Fachärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach Satz 2 zur Verfügung; von diesen mindestens ~~vier~~ zwei Fachärztinnen und Fachärzte gemäß Satz 2 Nummer 1 und ~~vier~~ zwei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gemäß Satz 2 Nummer 2. ⁴Eine Fachärztin oder ein Facharzt gemäß Satz 2 Nummer 1 verfügt über einen vollen Versorgungsauftrag oder eine diesem Umfang entsprechende Anstellungsgenehmigung und eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut gemäß Satz 2 Nummer 2 verfügt mindestens über einen halben Versorgungsauftrag oder eine diesem Umfang entsprechende Anstellungsgenehmigung. ⁵ Versorgungsaufträge im Umfang von mindestens einem halben Versorgungsauftrag oder diesem Umfang entsprechende Anstellungsgenehmigungen für die anderen Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach Satz 2 sind zulässig. ⁶Die Netzwerkmitglieder ~~schließen können~~ einen Netzwerkvertrag ~~schließen~~, der insbesondere die Ausgestaltung der Festlegungen in § 6 regelt.

GKV-SV/PatV	KBV/DKG
§ 3 Absatz 2 Satz 7 ff	
⁷ Für Netzverbünde gemäß Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 gelten die Regelungen der Sätze 2 bis 5 entsprechend.	⁷ Für Netzverbünde gemäß Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 gelten die Regelungen des Satzes 2 entsprechend. ⁸ Abweichend von Satz 3 bis 4 verfügt eine BAG oder ein MVZ als ein Netzwerk nach Satz 1 Nummer 2 mindestens über den Umfang von drei vollen Versorgungsaufträgen oder entsprechenden Anstellungsgenehmigungen der Fachgruppen gemäß Satz 2 Nummer 1 und 2, davon muss mindestens einer einen halben psychiatrischen und einer einen halben psychotherapeutischen Versorgungsauftrag oder entsprechende Anstellungsgenehmigungen umfassen.

(3) ¹Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist, ~~dass der Netzwerk Kooperationsverträge, die den Vorgaben des § 6 entsprechen, abschließt~~ die Kooperation mit mindestens

1. einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene ~~in der räumlichen Nähe zum Netzwerk, das Kompetenzen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten nach § 2 hat~~

und mindestens einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer der Nummern 2 bis 4:

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

~~²Mindestens eines der kooperierenden Krankenhäuser muss in der Region des Netzwerkes für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig sein.~~ ²Die Kooperation mit dem in der Region des Netzwerkes für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständigen Krankenhaus ist anzustreben. ³Zusätzlich ist die Kooperation mit einem Krankenhaus anzustreben, das über psychosomatische Kompetenzen verfügt.

GKV-SV/PatV	KBV/DKG
	§ 3 Absatz 3 Satz 4 ff.
	⁴Kommt eine Kooperation mit einem Krankenhaus gemäß § 3 Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 in Verbindung mit Satz 2 und 3 nicht zustande, kann ausnahmsweise und maximal befristet auf fünf Jahre im Rahmen der Prüfung gemäß § 3 Absatz 9 unter nachfolgenden Voraussetzungen und Erfüllung der weiteren Vorgaben dieser Richtlinie ein Netzwerk genehmigt werden. ⁵Im Rahmen der Genehmigung ist hierfür ein Konzept für die jederzeitige Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen gemäß § 6 Absatz 1 Nummer 8 vorzulegen. ⁶Zudem ist nachzuweisen, dass sich sechs Monate lang aktiv um eine Kooperation mit allen potentiell teilnahmeberechtigten Krankenhäusern gemäß § 3 Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 in Verbindung mit Satz 2 und 3 bemüht wurde. ⁷Das aktive Bemühen umfasst mindestens das Unterbreiten eines entsprechenden Kooperationsangebotes. ⁸Der Zeitraum der sechs Monate beginnt ab der ersten Kontaktaufnahme mit einem potentiell teilnahmeberechtigten Krankenhaus. ⁹Das Kooperationsangebot muss mindestens die Zusammensetzung des zukünftigen Netzwerkes, die geplante Ausgestaltung der Standards und Prozesse gemäß § 6, die geplante Zusammenarbeit und Abstimmung im Rahmen der Kooperation sowie die vorgesehenen Regelungen für eine zeitnahe Übernahme von Patienten oder Patientinnen nach einer stationären Behandlung beinhalten. ¹⁰Eine Verlängerung der Ausnahmeregelung nach Satz 4 ist nach erneuter Prüfung möglich.

(4) ¹Kann der Behandlungsbedarf nach dieser Richtlinie nicht von den Netzverbundmitgliedern und den Kooperationsvertragspartnern gedeckt werden, können im begründeten Einzelfall zusätzliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in die Versorgung nach dieser Richtlinie einbezogen werden. ²Einbezogen werden können insbesondere Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche für die Behandlung von Heranwachsenden bis zum vollendeten 21. Lebensjahr. ³Davon sind auch ermächtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 31 Absatz 1 Satz 3 und 4 Ärzte-ZV umfasst.

(5) Darüber hinaus sollen zur Adressierung des Versorgungsziels nach § 1 Absatz 3 Nummer 9 bei Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:

1. Sozialpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,
2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe,
3. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Teilhabe 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.

(6) Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der ~~Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten~~ Muster-Weiterbildungsordnung für die Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen der Bundespsychotherapeutenkammer sowie der Musterweiterbildungsordnung Psychotherapeut*innen der Bundespsychotherapeutenkammer und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

(7) Die Versorgung der Patientin und des Patient nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 4 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 5 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absatz 3 und bei Bedarf in Zusammenarbeit mit weiteren Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß Absatz 4 und Absatz 12.

(8) Die Versorgung nach dieser Richtlinie von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen durch psychotrope Substanzen (gemäß ICD-10-GM F10 bis F19) setzt voraus, dass eines der mit dem Netzwerk gemäß Absatz 3 kooperierenden Krankenhäuser eine qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen durchführen kann.

(9) ¹Die Netzverbünde legen der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung einen Nachweis zur Erfüllung der Anforderungen nach dieser Richtlinie zur Prüfung vor. ²Dieser Nachweis kann in Form von Vereinbarungen, wie zum Beispiel ein Netzwerkvertrag, oder schriftlichen einseitigen Erklärungen eines jeden Leistungserbringers erfolgen. ~~⁴Netzwerkverträge und Kooperationsverträge sind der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen.~~ ³Werden die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt ~~Erfüllen diese die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie~~, ist dem Netzwerk durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung eine Genehmigung zu erteilen. ⁴Die Genehmigung ist Voraussetzung für die Berechtigung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1 zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie; sie gilt auch für nach dem Zeitpunkt der Genehmigungserteilung hinzutretende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1. ⁵Änderungen in der Zusammensetzung des Netzwerkes sowie der Kooperationspartner nach Absatz 3 sind der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen. ⁶Bei Netzwerken, die über die Mindestvoraussetzungen nach Absatz 2 hinausgehen, ist die Aufnahme von neuen Netzwerkmitgliedern und das Ausscheiden von Netzwerkmitgliedern innerhalb von drei Monaten mitzuteilen; das Bestehen des Netzwerkes ist dadurch nicht berührt. ⁷Entsprechendes gilt für Netzverbünde nach § 3 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2.

(10) ¹Das Unterschreiten der Mindestvoraussetzungen nach Absatz 2 und 3 ist der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen. ²Innerhalb von sechs Monaten ist die Wiedererfüllung der Anforderung an die Mindestvoraussetzungen gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. ³Bis zum Zeitpunkt der Wiedererfüllung der Mindestvoraussetzungen ist die Versorgung der durch die Netzwerkmitglieder behandelten Patientinnen und Patienten durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen. ⁴Ist innerhalb der sechs Monate keine Wiedererfüllung der Mindestvoraussetzungen erfolgt, hat die zuständige Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung nach Absatz 9 nach dieser Richtlinie zu entziehen. ⁵Satz 3 gilt bei einer Beendigung der Teilnahmeberechtigung an der Versorgung nach dieser Richtlinie entsprechend.

(11) ¹Die Netzverbünde teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ~~und der zuständigen Landeskrankengesellschaft~~ zur Information der Patientinnen und Patienten sowie der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser im jeweiligen Bundesland mit. ²Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen diese Information im Internet als ein öffentliches Verzeichnis ~~der Netzverbünde~~

bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis jeweils unmittelbar bei relevanter Veränderung, mindestens jährlich, in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. ³Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit dem Netzverbund sollen diese Informationen der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V zur Verfügung gestellt werden.

(12) ¹Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. ²Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. ³Voraussetzung hierfür ist, dass die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die dem Netzverbund nicht angeschlossen sind, dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.

§ 4 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

(1) ¹Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ~~der die~~ zentrale Ansprech~~person~~~~partner~~ und trägt die Verantwortung für die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein dem Gesamtbehandlungsplan entsprechendes Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.

²Sie oder er muss ~~über einen vollen Versorgungsauftrag~~ mindestens über einen halben Versorgungsauftrag oder eine diesem Umfang entsprechende Anstellungsgenehmigung oder im Falle des Satz 7 über eine dem Umfang eines halben Versorgungsauftrags entsprechende Tätigkeit in der psychiatrischen Institutsambulanz verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nicht-ärztliche Person nach § 5 Absatz 2 zu delegieren. ³Sie oder er stellt eine telefonische Erreichbarkeit an mindestens vier Tagen pro Woche von jeweils mindestens 50 Minuten sicher, entweder durch sie oder ihn selbst oder durch die im Gesamtbehandlungsplan gemäß § 9 Absatz 1 benannte koordinierende Person. ⁴Unberührt bleibt dabei der patientenindividuelle erforderliche Tätigkeitsumfang der nicht ärztlichen koordinierenden Person nach § 5 für ihre Aufgaben nach § 10. ⁵Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ~~Sie oder er~~ ist Netzverbundmitglied oder bei einem solchen Netzverbundmitglied angestellt und gehört einer der folgenden Fachgruppen an:

1. Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,
2. Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
3. Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde oder Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie,
4. Ärztliche oder Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ~~oder Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Erwachsene.~~

⁶Satz 5 gilt entsprechend für MVZ und BAG als Netzverbünde nach § 3 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2.

⁷Ist ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V Kooperations~~vertrags~~partner, kann auch eine Fachärztin oder ein Facharzt oder eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut nach Satz 5 Nummer 1 bis 4 Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

(2) ¹Die Netzverbünde nach § 3 Absatz 2 legen Regelungen fest, in welcher Weise eine Patientin oder ein Patient nach Prüfung des Anspruchs auf Versorgung nach dieser Richtlinie in der Eingangssprechstunde und nach differenzialdiagnostischer Abklärung nach § 8 Absatz 1 eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten erhält.²Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut ~~nach Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 bis 4~~, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach § 9 auf Basis

der differenzialdiagnostischen Abklärung erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugswärztin oder der Bezugswarzt oder die Bezugswpsychotherapeutin oder der Bezugswpsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. ³Ein Wechsel der Bezugswärztin oder des Bezugswarztes oder der Bezugswpsychotherapeutin oder des Bezugswpsychotherapeuten zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach Absatz 1 ist möglich. ⁴Die Wünsche der Patientin oder des Patienten sind zu berücksichtigen. ⁵Wird eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 Bezugswpsychotherapeutin oder -therapeut, ist mindestens bei denjenigen Patientinnen und Patienten eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 3 regelmäßig in die Behandlung und bei der Erstellung und Anpassung des Gesamtbehandlungsplans nach § 9 einzubeziehen,

1. deren psychopharmakologische Behandlung einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegt oder
 2. bei denen eine Konstellation vorliegt, die eine kontinuierliche Behandlung oder Überwachung durch Fachärztinnen oder Fachärzte nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 3 erfordert.
- (3) Die Bezugswärztin oder der Bezugswarzt oder die Bezugswpsychotherapeutin oder der Bezugswpsychotherapeut ist verantwortlich für
1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 5,
 2. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 6 Absatz 1 Nummer 10,
 - ~~23.~~ die unverzügliche Einleitung einer ambulanten, teilstationären, stationsäquivalenten oder vollstationären Behandlung,
 - ~~34.~~ die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung.

§ 5 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten

(1) ¹Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 10 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. ²Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. ³Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.

(2) ¹Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann nur durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden:

1. Soziotherapeutische Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag zur Erbringung von Soziotherapie nach § 132b SGB V abgeschlossen haben,
2. Zugelassene Ergotherapeutinnen und 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. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter,
6. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen,
7. Pflegefachpersonen,
8. Psychologinnen und Psychologen.

²Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 Nummern 4 bis 8 ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen.

§ 6 Aufgaben und Organisation des Netzverbundes

- (1) Die Netzverbundmitglieder **nach § 3 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und der Netzverbund nach § 3 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2** haben durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur sowie durch die Vereinbarung gemeinsamer Standards Sorge zu tragen, dass
1. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten entsprechend der Vorgaben nach § 5 erfolgt,
 2. die Herstellung des Erstkontakts zum Netzverbund in einer Eingangssprechstunde nach Überweisung oder Empfehlung zeitnah erfolgt (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen); die Eingangssprechstunde dient der Abklärung des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 2, vorbehaltlich der Ergebnisse der differenzialdiagnostischen Abklärung,
 3. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde **erfolgt beginnt** (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen nach Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 2),
 4. der Beginn der Behandlung innerhalb des Netzverbundes zeitnah erfolgt,
 5. eine **einheitliche verständliche** Patientenkommunikation (**unter anderem** gemeinsame Entscheidungsfindung, unterstützte Kommunikation) gewährleistet ist,
 6. eine **einheitliche** Befund- und Behandlungsdokumentation unter Wahrung der datenschutzrechtlichen sowie berufsrechtlichen Bestimmungen erfolgt,
 7. eine den Vorgaben der IT-Sicherheit und des Datenschutzes entsprechende elektronische Kommunikation **auch unter Einbezug der Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 306 SGB V innerhalb des Netzverbundes** gewährleistet ist,
 8. Patientinnen und Patienten in Krisen jederzeit betreut werden können. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Kooperationspartnern wie beispielsweise ambulanten **n** psychiatrischen **n** Pflegediensten **n** oder Krankenhäusern **n** gewährleistet werden,
 9. Regelungen zur Terminfindung innerhalb des Netzverbundes getroffen werden,
 10. patientenorientierte Fallbesprechungen insbesondere unter Einbeziehung der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 3 Absatz 1 in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden.

GKV-SV/DKG/PatV	KBV
§ 6 Absatz 1 Nummer 10	
In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach dem Erstkontakt mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen.	In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach dem Erstkontakt mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend patientenindividuell, aber mindestens ~~zweimal~~ einmal im Quartal erfolgen.

Zu diesen Fallbesprechungen sind mit Einwilligung und nach vorheriger Information der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten die Akteure einzuladen, welche die nach § 9 Absatz 1 Satz 2 dokumentierten Hilfen aus Leistungsbereichen außerhalb des SGB V für die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten durchführen.

GKV-SV/DKG/PatV	KBV
§ 6 Absatz 1 Nummer 11	
	11. Die Netzverbünde gemäß § 3 Absatz 2 können niedrigschwellige Gruppenangebote zur Psychoedukation und Ressourcenstärkung für Patientinnen und Patienten und deren Angehörige einrichten. Sie werden von teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern geleitet. Der Zugang erfolgt auf Empfehlung der Bezugsärztin oder des Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten. Die Gruppenangebote können auch von mehreren Verbünden gemeinsam realisiert werden. Hier kann auch der Einsatz der Möglichkeiten von Gruppen-Videosprechstunden erfolgen.

[GKV-SV/KBV/PatV: 11.] [KBV: 12.] Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden sowie eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes (bspw. Qualitätszirkel) erfolgt.

(2) ¹Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. ²Patientinnen und Patienten sind vor Beginn der Versorgung nach dieser Richtlinie umfassend über das Versorgungsangebot in allgemeinverständlicher Sprache zu informieren, insbesondere allgemein über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots **sowie über die im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie mögliche Nutzung der elektronischen Patientenakte und das Widerspruchsrecht gemäß § 347 Absatz 1 Satz 4 und Absatz 3 Satz 6 SGB V und § 348 Absatz 3 Satz 8 SGB V.** ³Auf Basis des (vorläufigen) Gesamtbehandlungsplans erfolgt eine Information über alle im konkreten Einzelfall voraussichtlich an der Behandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und Einrichtungen sowie den für eine Versorgung nach dieser Richtlinie erforderlichen Austausch von relevanten patientenbezogenen Informationen zwischen diesen.

⁴Es ist sicherzustellen, dass auf Basis der Informationen nach Satz 1 bis 3 die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden und insbesondere bei der Hinzuziehung von weiteren zu Beginn der Versorgung nach dieser Richtlinie noch nicht beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und Einrichtungen auch hierfür entsprechende Einwilligungserklärungen im Laufe der Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie eingeholt werden.

(3) ¹Die Beratung und Behandlung **sowie die patientenorientierten Fallbesprechungen** können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. ²Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten. ³**Die Kommunikation im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie kann auch unter Berücksichtigung der verfügbaren Inhalte und Funktionalitäten der elektronischen Patientenakte und der Sofortnachrichtendienste gemäß § 342 Absatz 2 Nummer 2 SGB V unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen erfolgen.**

(4) Die Einhaltung der in den Absätzen 1 bis 3 geregelten Aufgaben und Anforderungen ist durch geeignete Regelungen **in der Vereinbarung ~~im~~ Netzverbundvertrag** oder im Rahmen der schriftlichen Erklärung nach § 3 Absatz 9 sicherzustellen.

§ 7 Zugang

- (1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf der Überweisung oder der Empfehlung, sofern der direkte Zugang nicht bei einem Netzverbundmitglied erfolgt ist.
- (2) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Sozialpsychiatrische Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.
- (3) Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer teil-, vollstationären oder stationsäquivalenten psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.
- (4) ¹Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Netzverbünde ²Mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 2 oder 3, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Netzverbund unmittelbar einen Termin nach § 6 Absatz 1 Nummer 2. ³Bei der Wahl des Netzverbundes ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

§ 8 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung

(1) ¹Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 oder 2. ²Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet. ³Die **differenzialdiagnostische** Abklärung ist eine psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.

GKV-SV/PatV	KBV/DKG
§ 8 Absatz 1 Satz 4	
~~⁴Die differenzialdiagnostische Abklärung~~ Sie erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1.	~~⁴Die differenzialdiagnostische Abklärung erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1.~~ ⁴ Sie wird durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 Satz 2 im Rahmen ihrer berufsrechtlichen Kompetenzen und Pflichten durchgeführt.

~~⁵Eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 wird Bezugsärztin oder Bezugsarzt, sofern bei Patientinnen und Patienten~~

~~1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen,~~

~~2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder~~

~~3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.~~

(2) ¹Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. ²Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. ³Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet. ~~⁴Dabei ist anzustreben, dass im Falle einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 in die Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie einbezogen wird.~~

(3) ¹Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden. ~~²Bestehen solche Hilfen aus Leistungsbereichen außerhalb des SGB V, werden diese im Rahmen der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie berücksichtigt.~~ ³Die Berücksichtigung von Akteuren anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem keine

Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringerinnen, -erbringer oder -träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. ⁴Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Kinder, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind. ⁵An der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß § 3 Absatz 1 können mit Einwilligung und nach vorheriger Information der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellen zur Planung und Koordination der notwendigen Leistungen und Unterstützungssysteme teilnehmen.

GKV-SV	KBV/DKG/PatV
§ 8 Absatz 4	
(4) ¹ Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten im Rahmen mehrerer Netzverbünde nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. ² Daher ist der Beginn und das Ende der Versorgung in einem Netzverbund der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsrätin oder den Bezugsrarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten	(4) ¹ Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten im Rahmen mehrerer Netzverbünde nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. ² Daher ist der Beginn der Versorgung in einem Netzverbund der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsrätin oder den Bezugsrarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten
mit einer standardisierten und einheitlichen Meldung unverzüglich anzuzeigen. ³ Die Meldung beinhaltet die lebenslange Arztnummer der Bezugsrätin oder des Bezugsrarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten, die numerische Kennzeichnung der Versicherten, 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 Bezugsrätin oder des Bezugsrarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten.	anzuzeigen.

(5) ¹Eine parallele Behandlung durch nicht an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer nach § 3 Absatz 1 ist ausgeschlossen, wenn sich diese Behandlung auf eine Diagnose nach § 2 Absatz 2 bezieht. ²Dies gilt auch für eine parallele Verordnung derselben Maßnahmen für dieselbe Diagnose, aber nicht für die Fortsetzung begonnener Behandlungen nach § 3 Absatz 12.

§ 9 Gesamtbehandlungsplan

- (1) ¹Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten **unter Berücksichtigung der zum Behandlungszeitpunkt mit der elektronischen Patientenakte verfügbaren Inhalte** ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. ²Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 3 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen einzubeziehen; **bestehende Hilfen gemäß § 8 Absatz 3 Satz 2 sind zu dokumentieren.** ³Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, Soziotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. **⁴Dabei wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern nach § 3 Absatz 2 Satz 2 erforderlich sind und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form, beispielweise als Fallbesprechung oder Konsil.** ⁵Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. ⁶Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin auch die namentliche Benennung der Person, die die Koordination nach § 10 durchführt.
- (2) ¹Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. ²Hierfür wird mit der Patientin oder dem Patienten und ihren oder seinen relevanten Bezugspersonen besprochen, wie Krisen vermieden werden können, wie mit Krisen umzugehen ist und welche Hilfen sie oder er im Krisenfall erhalten kann.
- (3) ¹Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer verbindlich. ²Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligter Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen. ³Diese oder dieser entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans; Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. ⁴Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in ~~§ 8 Absatz 1 Nummer 1 bis 3 § 4 Absatz 2 Satz 5~~ Änderungen eingetreten sind.

§ 10 Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund

Die Koordination nach § 5 umfasst:

1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern,
2. das Nachhalten der Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans,
3. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes,
4. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,
5. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich,
6. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und das Hinwirken auf Termintreue,
7. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten,
8. Kontaktaufnahme und den Austausch zur Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen für die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten.

§ 11 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

- (1) ¹Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene im Rahmen des Entlassmanagements ~~durch die Anwendung eines geeigneten Assessments~~ gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. ²Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.
- (2) ¹Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten. ²Die die Koordinationsaufgaben nach § 10 durchführende Person wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.
- (3) ¹Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Netzwerk nach § 3 auf und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. ²Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin zur Eingangssprechstunde. ³Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung zu erfolgen. ⁴Bei Ablehnung der Vermittlung in einen Netzwerk informiert das Krankenhaus die Patientin oder den Patienten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.
- (4) Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein teilstationärer, vollstationärer oder stationsäquivalenter Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.
- (5) ¹Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. ²Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einem Netzwerk Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.

(6) ¹Die Informationen der Behandlung können auch unter Einbeziehung der Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V sowie § 342 SGB V zur Verfügung gestellt werden. ²Dies gilt einerseits für die Begleitinformationen zur Patientenaufnahme im Krankenhaus aus dem ambulanten Bereich und andererseits bei der Entlassung von Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus in eine ambulante Anschlussversorgung.

§ 12 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

(1) ¹Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. ²Sofern erforderlich, sind die Therapieziele des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.

(2) ¹Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu überprüfen. ²Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. ³Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben; dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. ⁴Hierzu erstellt die Bezugärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält. ⁵Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch denselben Netzverbund anzustreben.

§ 13 Evaluation

¹Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. ²In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. ³Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.



Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Glinkastraße 35
10117 Berlin

Postanschrift:
11055 Berlin

Tel. +49 30 18 441-4514

bearbeitet von:
Dr. Josephine Tautz

Ausschließlich über Behördenpostfach

Leiterin des Referates 213
"Gemeinsamer Bundesausschuss,
Strukturierte Behandlungs-
programme (DMP), Allgemeine
medizinische Fragen in der GKV"

213@bmg.bund.de

www.bundesgesundheitsministerium.de

**Betreff: Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V
vom 21. August 2025**

**Bezug: 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**

Geschäftszeichen: 60704#00010

Berlin, 23.10.2025

Seite 1 von 1

Sehr geehrte Damen und Herren,

der von Ihnen gemäß § 94 SGB V vorgelegte o. g. Beschluss vom 21. August 2025 über Anpassungen der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf wird nicht beanstandet.

Mit freundlichen Grüßen
im Auftrag

Dr. Josephine Tautz

Hinweis zu unseren Datenschutzinformationen:

Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten sind in der Datenschutzerklärung des BMG zu finden: www.bundesgesundheitsministerium.de „Stichwort: Datenschutz“ ([Bundesgesundheitsministerium](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) Datenschutz). Sollten Sie keinen Internetzugang haben, kann die Information auf dem Postweg zugesandt werden.

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 im Hinblick auf Inhalte, Struktur und Organisation der KSVPsych-Versorgung

Vom 21. August 2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21. August 2025 beschlossen, die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) in der Fassung vom 2. September 2021 (BAnz AT 17.12.2021 B3) wie folgt zu ändern:

- I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:
 1. § 3 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 1 wird nach der Angabe „nach Absatz 2“ die Angabe „Satz 1 Nummer 1 oder ein Netzverbund nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 2“ eingefügt.
 - bb) In Nummer 2 wird nach der Angabe „Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer sind“ die Angabe „und einen Kooperationsvertrag mit einem Netzverbund nach Absatz 3 abgeschlossen haben“ durch die Angabe „und eine Kooperation nach Absatz 3 mit einem Netzverbund eingegangen sind“ ersetzt.
 - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Der Netzverbund ist

 1. ein Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Satz 2 einer Region (Netzverbundmitglieder) oder
 2. ein zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenes Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) oder eine örtliche Berufsausübungsgemeinschaft (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 gewährleisten.“

- bb) In Satz 2 Nummer 2 wird nach der Angabe „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ die Angabe „, Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Erwachsene“ eingefügt.
- cc) In Satz 3 wird die Angabe „10“ durch die Angabe „sechs“ sowie die Angabe „vier“ jeweils durch die Angabe „zwei“ ersetzt.
- dd) Nach Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Eine Fachärztin oder ein Facharzt gemäß Satz 2 Nummer 1 verfügt über einen vollen Versorgungsauftrag oder eine diesem Umfang entsprechende Anstellungsgenehmigung und eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut gemäß Satz 2 Nummer 2 verfügt mindestens über einen halben Versorgungsauftrag oder eine diesem Umfang entsprechende Anstellungsgenehmigung. Versorgungsaufträge im Umfang von mindestens einem halben Versorgungsauftrag oder diesem Umfang entsprechende Anstellungsgenehmigungen für die anderen Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach Satz 2 sind zulässig.“
- ee) Der neue Satz 6 wird durch den Satz „Die Netzverbundmitglieder können einen Netzverbund schließen, der insbesondere die Ausgestaltung der Festlegungen in § 6 regelt.“ ersetzt.
- ff) Nach dem neuen Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:

„Für Netzverbünde gemäß Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 gelten die Regelungen der Sätze 2 bis 5 entsprechend.“
- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „Absatz 1 ist“ die Angabe „, dass der Netzverbund Kooperationsverträge, die den Vorgaben des § 6 entsprechen, abschließt“ durch die Angabe „die Kooperation“ ersetzt.
 - bb) In Satz 1 Nummer 1 wird nach der Angabe „Einrichtungen für Erwachsene“ die Angabe „in der räumlichen Nähe zum Netzverbund, das Kompetenzen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten nach § 2 hat“ eingefügt.
 - cc) Der Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Kooperation mit dem in der Region des Netzverbundes für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständigen Krankenhaus ist anzustreben.“
 - dd) Nach Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Sofern eine Kooperation mit einem Leistungserbringer nach Satz 1 Nummer 1 trotz nachweislich ernsthafter Bemühungen nicht zustande kommt, kann im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen für einen befristeten Zeitraum von zwei Jahren von der Vorgabe gemäß Satz 1 Nummer 1 abgewichen werden. In diesem Fall ist ein Konzept zur jederzeitigen Krisenbetreuung der Patientinnen und Patienten gemäß § 6 Absatz 1 Nummer 8 vorzulegen.“

- d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe „Kooperationsvertragspartnern“ durch die Angabe „Kooperationspartnern“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 wird nach der Angabe „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten“ die Angabe „und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche“ eingefügt.
 - cc) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
„Davon sind auch ermächtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 31 Absatz 1 Satz 3 und 4 Ärzte-ZV umfasst.“
- e) Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz ersetzt:
- „(6) Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der „Muster-Weiterbildungsordnung für die Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen“ der Bundespsychotherapeutenkammer sowie der „Muster-Weiterbildungsordnung Psychotherapeut*innen“ der Bundespsychotherapeutenkammer und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.“
- f) Absatz 9 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
„Die Netzverbünde legen der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung einen Nachweis zur Erfüllung der Anforderungen nach dieser Richtlinie zur Prüfung vor. Dieser Nachweis kann in Form von Vereinbarungen, wie zum Beispiel einem Netzverbundvertrag oder schriftlichen einseitigen Erklärungen eines jeden Leistungserbringers erfolgen.“
 - bb) In dem neuen Satz 3 wird die Angabe „Erfüllen diese die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie“ durch die Angabe „Werden die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt“ ersetzt.
 - cc) In dem neuen Satz 5 wird die Angabe „Kooperationsvertragspartner“ durch die Angabe „Kooperationspartner“ ersetzt.
 - dd) Nach dem neuen Satz 6 wird der folgende Satz eingefügt:
„Entsprechendes gilt für Netzverbünde nach § 3 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2.“
- g) Absatz 11 wird durch den folgenden Absatz ersetzt:
- „(11) Die Netzverbünde teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Information der Patientinnen und Patienten sowie der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser im jeweiligen Bundesland mit. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen diese Information im Internet als öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den zuständigen Landeskrankenhausesgesellschaften das Verzeichnis jeweils unmittelbar bei relevanter Veränderung, mindestens jährlich, in maschinenlesbarer

Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit dem Netzverbund sollen diese Informationen der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V zur Verfügung gestellt werden.“

2. § 4 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird die Angabe „der zentrale Ansprechpartner“ durch die Angabe „die zentrale Ansprechperson“ ersetzt.
- bb) In Satz 2 wird die Angabe „über einen vollen Versorgungsauftrag“ durch die Angabe „mindestens über einen halben Versorgungsauftrag oder eine diesem Umfang entsprechende Anstellungsgenehmigung oder im Fall des Satz 7 über eine dem Umfang eines halben Versorgungsauftrags entsprechende Tätigkeit in der psychiatrischen Institutsambulanz“ ersetzt.
- cc) Nach Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Sie oder er stellt eine telefonische Erreichbarkeit an mindestens vier Tagen pro Woche von jeweils mindestens 50 Minuten sicher, entweder durch sie oder ihn selbst oder durch die im Gesamtbehandlungsplan gemäß § 9 Absatz 1 benannte koordinierende Person. Unberührt bleibt dabei der patientenindividuelle erforderliche Tätigkeitsumfang der nicht ärztlichen koordinierenden Person nach § 5 für ihre Aufgaben nach § 10.“
- dd) In dem neuen Satz 5 wird die Angabe „Sie oder er“ durch die Angabe „Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut“ ersetzt.
- ee) In dem neuen Satz 5 werden in Nummer 4 nach der Angabe „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ die Wörter „oder Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Erwachsene“ eingefügt.
- ff) Nach Satz 5 wird ein neuer Satz eingefügt:

„Satz 5 gilt entsprechend für MVZ und BAG als Netzverbünde nach § 3 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2.“
- gg) In dem neuen Satz 7 wird die Angabe „Kooperationsvertragspartner“ durch die Angabe „Kooperationspartner“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 2 wird nach der Angabe „die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut“ die Angabe „nach Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 bis 4“ eingefügt.
- bb) Nach Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt:

„Wird eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut, ist mindestens bei denjenigen Patientinnen und Patienten eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 3 regelmäßig in die Behandlung und bei der Erstellung und Anpassung des Gesamtbehandlungsplans nach § 9 einzubeziehen,

1. deren psychopharmakologische Behandlung einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegt oder
 2. bei denen eine Konstellation vorliegt, die eine kontinuierliche Behandlung oder Überwachung durch Fachärztinnen oder Fachärzte nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 3 erfordert.“
- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- aa) Nach Nummer 1 wird die folgende Nummer 2 eingefügt:
 „2. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 6 Absatz 1 Nummer 10,“.
 - bb) Die bisherigen Nummern 2 und 3 werden zu den Nummern 3 und 4.
3. § 6 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „Netzverbundmitglieder“ die Angabe „nach § 3 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und der Netzverbund nach § 3 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2“ eingefügt.
 - bb) In Nummer 3 wird die Angabe „erfolgt“ durch die Angabe „beginnt“ ersetzt.
 - cc) In Nummer 5 wird die Angabe „einheitliche“ durch die Angabe „verständliche“ ersetzt und vor der Angabe „gemeinsame Entscheidungsfindung“ die Angabe „unter anderem“ eingefügt.
 - dd) In Nummer 6 wird die Angabe „einheitliche“ gestrichen.
 - ee) In Nummer 7 wird die Angabe „innerhalb des Netzverbundes“ durch die Angabe „auch unter Einbezug der Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 306 SGB V“ ersetzt.
 - ff) In Nummer 8 wird die Angabe „ambulante psychiatrische Pflegedienste oder Krankenhäuser“ durch die Angabe „ambulanten psychiatrischen Pflegediensten oder Krankenhäusern“ ersetzt.
 - gg) In Nummer 10 wird die Angabe „erfolgen,“ durch die Angabe „erfolgen.“ ersetzt und der folgende Satz eingefügt:
 „Zu diesen Fallbesprechungen sind mit Einwilligung und nach vorheriger Information der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten die Akteure einzuladen, welche die nach § 9 Absatz 1 Satz 2 dokumentierten Hilfen aus Leistungsbereichen außerhalb des SGB V für die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten durchführen.“
 - b) In Absatz 2 Satz 2 wird nach der Angabe „Inhalt des Versorgungsangebots“ die Angabe „sowie über die im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie mögliche Nutzung der elektronischen Patientenakte und das Widerspruchsrecht gemäß § 347 Absatz 1 Satz 4 und Absatz 3 Satz 6 SGB V und § 348 Absatz 3 Satz 8 SGB V“ eingefügt.
 - c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „und Behandlung“ die Angabe „sowie die patientenorientierten Fallbesprechungen“ eingefügt.
 - bb) Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die Kommunikation im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie kann auch unter Berücksichtigung der verfügbaren Inhalte und Funktionalitäten der elektronischen Patientenakte und der Sofortnachrichtendienste gemäß § 342 Absatz 2 Nummer 2 SGB V unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen erfolgen.“

- d) In Absatz 4 wird die Angabe „im Netzverbundvertrag“ durch die Angabe „in der Vereinbarung oder im Rahmen der schriftlichen Erklärung nach § 3 Absatz 9“ ersetzt.

4. § 8 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 4 wird die Angabe „Die differentialdiagnostische Abklärung“ durch die Angabe „Sie“ ersetzt.

- bb) Satz 5 wird gestrichen.

- b) In Absatz 2 wird nach dem Satz 3 der folgende Satz eingefügt:

„Dabei ist anzustreben, dass im Fall einer vorrangig psychiatrischen Behandlung auch eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 in die Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie einbezogen wird.“

- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Bestehen solche Hilfen aus Leistungsbereichen außerhalb des SGB V, werden diese im Rahmen der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie berücksichtigt. Die Berücksichtigung von Akteuren anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer oder Leistungsträgerinnen/Leistungsträger des SGB V ergeben sich hieraus nicht.“

- bb) Nach dem neuen Satz 4 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„An der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß § 3 Absatz 1 können mit Einwilligung und nach vorheriger Information der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellen zur Planung und Koordination der notwendigen Leistungen und Unterstützungssysteme teilnehmen.“

- d) In Absatz 4 Satz 2 wird nach der Angabe „ist der Beginn“ die Angabe „und das Ende“ eingefügt.

5. § 9 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „Patienten“ die Angabe „unter Berücksichtigung der zum Behandlungszeitpunkt mit der elektronischen Patientenakte verfügbaren Inhalte“ eingefügt.

- bb) In Satz 2 wird nach der Angabe „einzubeziehen“ die Angabe „; bestehende Hilfen gemäß § 8 Absatz 3 Satz 2 sind zu dokumentieren“ eingefügt.
 - cc) Nach Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:

„Dabei wird auch festgehalten, ob Abstimmungen zwischen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern nach § 3 Absatz 2 Satz 2 erforderlich sind und falls ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form, beispielsweise als Fallbesprechung oder Konsil.“
 - b) In Absatz 3 Satz 4 wird die Angabe „§ 8 Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 bis 3“ durch die Angabe „§ 4 Absatz 2 Satz 5“ ersetzt.
6. § 11 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 wird nach der Angabe „Entlassmanagements“ die Angabe „durch die Anwendung eines geeigneten Assessments“ gestrichen.
 - b) Nach Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:
 - c) „(6) Die Informationen der Behandlung können auch unter Einbeziehung der Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 311 Absatz 6 SGB V sowie § 342 SGB V zur Verfügung gestellt werden. Dies gilt einerseits für die Begleitinformationen zur Patientenaufnahme im Krankenhaus aus dem ambulanten Bereich und andererseits bei der Entlassung von Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus in eine ambulante Anschlussversorgung.“
- II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 21. August 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

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 Teilnahmeberechtigte 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 Netzverbünde bundesweit gegründet wurden, wie ihre bundesweite Verteilung ist, ob es Regionen gibt, in denen eine Gründung von Netzverbünden 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 Netzverbünden 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 Teilnahmberechtigte 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 Netzverbünden 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 Netzverbünde, 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, Urt. 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 Patienten 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 Netzverbünde 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 Netzverbund 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 Netzverbund- bzw. Kooperationsvertrages, oder in Form von schriftlichen einseitigen Erklärungen erfolgen; aus den Nachweisen muss insbesondere eine Zuordnung zum Netzverbund 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 Netzverbünde 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 Netzverbünde teilen demnach ihre Erreichbarkeit und ihr Angebot ausschließlich den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen mit.

Zur weiteren Förderung der Information über die bestehenden Netzverbünde und der leichter niedragschwelligen Kontaktaufnahme mit einem Netzverbund sollen diese Informationen auch der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals bereitgestellt werden.

2.1.2 § 4 Bezugärztin oder Bezugsarzt 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 Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein möchte.

Die Bezugärztin oder der Bezugsarzt 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 Netzverbünden 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 Bezugärztin oder des Bezugarztes 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 Bezugärztin oder des Bezugarztes 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 Netzverbünde 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 Bezugarztes 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 Bezugarztes 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 Telematikinfrastuktur 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 Netzverbünde 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 Netzverbünden, 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 Netzverbünde

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