



DPtV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

13. Landespsychotherapeutentag Berlin

03.09.2022

Ambulante Komplexbehandlung für Menschen mit schweren psychischen
Erkrankungen – Chancen und Herausforderungen

- Ansätze zur Entwicklung von strukturierter Kooperation von Psychiatern und Psychotherapeuten bereits 2014 in der Vertragswerkstatt der KBV („Zusammenführung psychotherapeutisch/neuropsychiatrische Versorgung“) => Entwicklung von Konzepten die zum NPPV-Projekt (Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung) des Innovationsfonds führten (Start 2017)
- Vorwürfe von GKV- SV und Politik, Psychotherapeuten würden insbesondere leichte Störungen behandeln (z.B. Spahn 2018: *Patienten, „bei denen es etwas angenehmer ist, Therapie zu machen“, erhalten eher einen Termin ...“*)
 - Entwurf der ‚gestuften Versorgung‘ im TSVG (2018) => mit großem Widerstand (Petition) abgewehrt
 - AusbRefG: Auftrag des Gesetzgebers im § 92 Abs.6b SGB V an den G-BA, eine neue Richtlinie zur ‚Komplexbehandlung‘ zu entwickeln

- Der **Gemeinsame Bundesausschuss** beschließt bis spätestens zum **31. Dezember 2020** in einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Regelungen
 - für eine **berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung,**
 - **insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte**
 - mit einem **komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.**
- 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.

- **Nov. 2019: Auftrag im PsychThG-AusbRefG an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)**

- Jan. 2020: Einrichtung eines Unterausschusses (UA), der sich ausschließlich mit der Erarbeitung dieser Richtlinie befasste, der UA adhoc § 92 6b
 - 34 Sitzungen des UA ad hoc
 - jeweils Vor- und Nachbereitung
 - etliche begleitende Gespräche mit den Vertretern der 'Bänke'
 - Schriftliches Stellungnahmeverfahren, Eingaben von 67 Verbänden
 - mündliche Anhörung 4.5.2021

- 2. September 2021: Beschluss einer ‚Erstfassung‘ der Richtlinie im Plenum des G-BA

- **Gemeinsamer Bundausschuss**
=> **bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV)**
- - Unterausschuss adhoc § 92 Abs. 6b:
 - Unparteiischer Vorsitzender, moderiert einen Konsensprozess
 - 6 Patientenvertreter, mit beratender Stimme
 - Stimmberechtigt:
 - 6 Vertreter der Leistungserbringer (3 KBV, 3 DKG),
 - 6 Vertreter der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV),
 - KBV-Vertreter: 1 Psychiater, 1 PP, 1 KBV-Dezernent
 - G-BA - Plenum:
 - 5 Stimmen der Leistungserbringer DKG, KBV
 - 5 Stimmen des GKV-SV
 - 3 Stimmen Unparteiische (Prof. Hecken, Dr. Lelgemann, Frau Maag)
 - nicht-stimmberechtigte Pat. Vertreter



<https://www.g-ba.de/service/livestream-mediathek/>

A. Allgemeines

- § 1 Zweck und Versorgungsziele
- § 2 Definition der Patientengruppe
- § 3 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer
- § 4 Bezugärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut
- § 5 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patient*innen
- § 6 Aufgaben und Organisation des Netzverbundes

B. Patientenversorgung

- § 7 Zugang
- § 8 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung
- § 9 Gesamtbehandlungsplan
- § 10 Koordination der Versorgung der Patient*innen im Netzverbund
- § 11 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs
- § 12 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

C. Evaluation

- § 13 Evaluation

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

Versorgungsziele

Leicht erreichbare und flexible Versorgungsstruktur

Zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten

Verkürzung oder Vermeidung stationärer Versorgung unterstützen und in der Häuslichkeit versorgen

Patientenindividuelle Koordinierung der Versorgungsangebote u. gezielte Überleitung in RL-externe Versorgung

Maßnahmen

Verbesserung des Zugangs

Zeitnahe Diagnostik und Feststellung des Versorgungsbedarfs

Behandlungsanleitung durch Bezugs-Arzt/Ärztin oder - Psychotherapeut/therapeutin

Versorgungskoordination im Netzverbund

Abgestimmter, verbindlicher Gesamtbehandlungsplan

Erleichterter Übergang zwischen ambulant u. stationär

Einbezug des sozialen Umfelds

Strukturierter Austausch / Kooperation mit SGB V-externen Einrichtungen

§ 2 Patientengruppe

- **Vollendetes 18. Lebensjahr**
- Vorliegen einer psychischen Erkrankung (**F10 –F99**) des ICD-10-GM
- deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen: Orientierungswert für die deutliche Einschränkung und Indikationskriterium für RL- Behandlung ist **GAF-Wert von max. 50** (Global Assessment of Functioning Scale)

Ernste Symptome (z.B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. keine Freunde; Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).	50-41
---	-------

- komplexer Behandlungsbedarf: Einsatz von mindestens **2 Maßnahmen** der Krankenbehandlung durch Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen **pro Quartal**

§ 3 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringer (1/3)

Teilnahmeberechtigt	Konstituierung des Netzverbundes: vertraglicher Zusammenschluss gem. Richtlinie, Genehmigung und Bekanntmachung durch KV
Mitglied in einem Netzwerk	Mindestens 10 Fachärzte und Psychotherapeuten, zugelassen zur vertragsärztlichen Versorgung (selbst o. per Anstellungsgenehmigung):
	1. Fachärztinnen oder Fachärzte für a. Psychiatrie und Psychotherapie, b. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, c. Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie, 2. ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten sowie 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie
	Davon mind. 4 Ärzte gem. Nr. 1 u. mind. 4 Psychotherapeuten gem. Nr. 2

§ 3 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringer (2/3)

Teilnahmeberechtigt	Konstituierung des Netzverbundes: vertraglicher Zusammenschluss gem. Richtlinie, Genehmigung und Bekanntmachung durch KV
LE mit Kooperationsvertrag	Kooperationsverträge mit <ul style="list-style-type: none">• mind. 1 KH nach § 108 SGB V (psychiatr. oder psychsom. Einrichtung Erwachsene)• mind. 1 LE aus:<ul style="list-style-type: none">• Ergotherapie• Soziotherapie• psychiatrische häusliche Krankenpflege
Bedarfsweise Einbeziehung	<ul style="list-style-type: none">• In begründeten Einzelfällen, wenn Bedarf nicht durch Mitglieder und Kooperationspartner gedeckt werden kann, insbesondere KJPP und KJPT bis zum vollendeten 21. Lebensjahr• Versorgungskontinuität: begonnene Behandlungen können fortgesetzt werden, wenn Netz-Externe dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und an Fallbesprechungen teilnehmen.
	SGB-V-externe Akteure sollen berücksichtigt werden

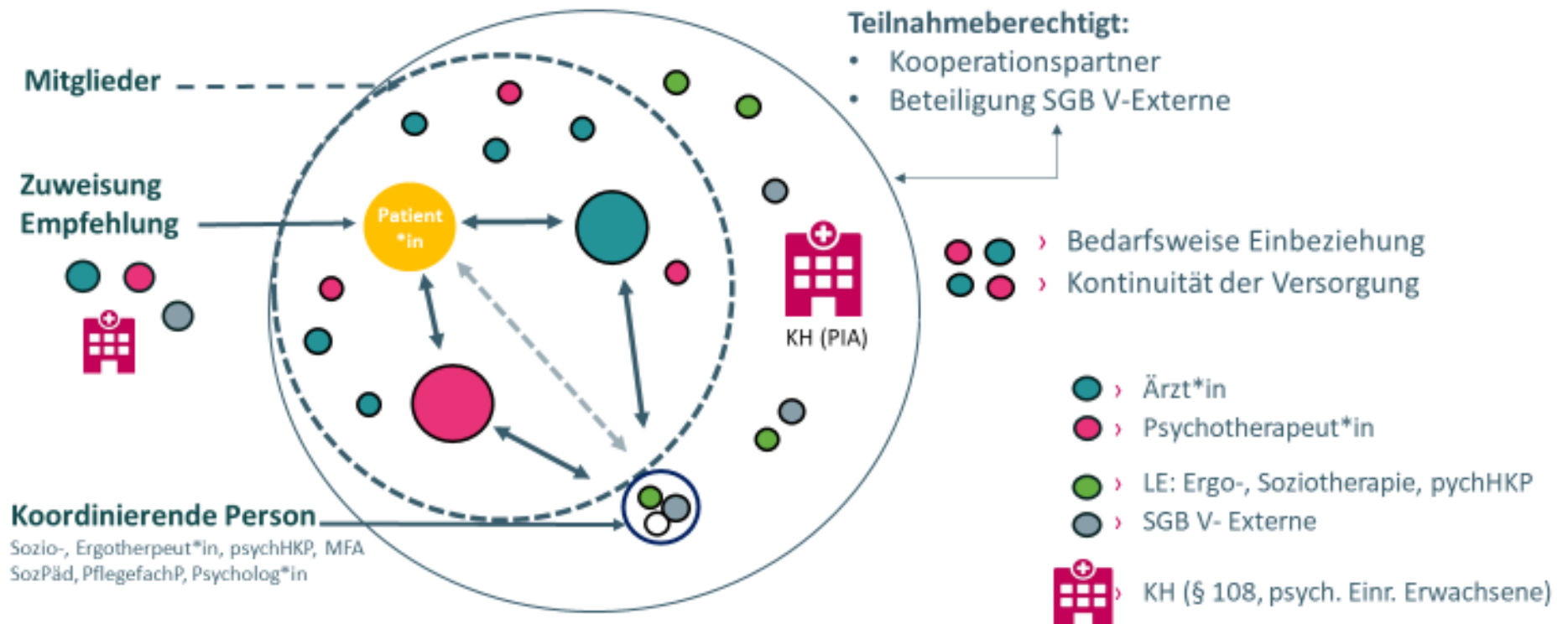
§ 3 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringer (3/3)

„Die Versorgung erfolgt ... auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten.“

Netzverbundverträge sind durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu genehmigen. Wenn die Voraussetzungen nicht mehr bestehen sind die Genehmigungen wieder zu entziehen.

Die Netzverbände haben ihr Angebot öffentlich mitzuteilen.

Übersicht KSVPsych-RL Netzverbund / Beteiligte



§ 4: Bezugsarzt/ärztin und Bezugstherapeutin/Bezugstherapeut

Anforderungen

Voller Versorgungsauftrag

muss in der Lage sein die Koordination der Versorgung der Patient*innen an eine nicht-ärztliche Person nach § 5 Absatz 3 zu delegieren

Netzverbundmitglied

Angestellt bei Netzverbundmitglied od. angestellt bei kooperierendem KH mit PIA, FG:

Psychiatrie u. Psychotherapie
Psychosomatik u. Psychotherapie
Nervenheilkunde od. Neurologie u. Psychiatrie
Ärztl. od. Psych. Psychotherapie

Verweis § 8 Abs.1: zusätzliche Anforderungen führen zu ärztlicher Betreuung

Aufgaben / verantwortlich für

Zentrale Ansprechperson
Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile

Erstellung, Fortschreibung und Umsetzung des Gesamtbehandlungsplan auf Basis Differentialdiagnostik (§ 9): Abstimmung mit Patient u. Kooperation mit Koordinator (§ 5)

Einleitung weitere Behandlungsmaßnahmen:
ambulant, teilstationär, stationsäquivalent od. vollstationär

Einleitung einer somatischen Abklärung u. falls erforderlich, Veranlassung einer Behandlung

Die Netzverbände legen fest, wie der Bezugsarzt/Bezugstherapeut bestimmt wird.
Bezugsarzt bzw. Bezugspsychotherapeut i.d.R. diejenige Person, die Gesamtbehandlungsplan erstellt.
Wechsel ist möglich, Patientenwünsche sind zu berücksichtigen.

- Delegation durch Bezugsarzt/Bezugspsychotherapeut nach berufsrechtlichen Vorgaben an nicht-ärztliche Personen:
 - 1. Ergotherapeut*innen
 - 2. Soziotherapeut*innen
 - 3. Leistungserbringer*innen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege
 - 4. Medizinische Fachangestellte (MFA)
 - 5. Sozialarbeiter*innen, Sozialpädagoge*innen
 - 6. Pflegefachpersonen
 - 7. Psycholog*innen
- Berufsgruppen nach 4. bis 7. jeweils mit Zusatzqualifikation oder mind. 2jährigen Erfahrungen in der Versorgung von Patient*innen mit psychischen Erkrankungen inkl. Ausbildungszeit)
- Koordinierende Person soll der Patientin/dem Patienten möglichst vertraut sein.

§ 6 Aufgaben und Organisation des Netzverbundes

- Netzverbundmitglieder sind „durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur“ verantwortlich für:
 - Eingangssprechstunde innerhalb von 7 Werktagen
 - Differentialdiagnostische Abklärung innerhalb weiterer 7 Werktage
 - zeitnahen Behandlungsbeginn
 - einheitliche Patientenkommunikation
 - einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation
 - elektronische Kommunikation innerhalb des Netzverbundes
 - Wahrung von IT-Sicherheit und Datenschutz
 - Krisenregelung, ggf. in Kooperation mit Bereitschaftsdiensten, Kliniken o.ä.
 - Durchführung patientenorientierter Fallbesprechungen aller beteiligten Leistungserbringer, erstmalig nach 1 Monat, folgend mindestens 2x/Quartal
- Basis ist die informierte Einwilligung des/der Patient*in und der Netzverbundvertrag

§ 7 Zugang zur Versorgung

- Empfehlung oder Überweisung erforderlich, sofern Zugang nicht bei einem Netzmitglied
- Wer empfiehlt/überweist:
 - alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten,
 - Sozialpsychiatrische Dienste
 - Ermächtigte Einrichtungen
 - Entlassmanagement aus teil-/vollstationärer oder stationsäquivalenter psychiatrischer, psychotherapeutischer oder psychosomatischer Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung
- Patient erhält mit Empfehlung/Überweisung Übersicht der regional zugänglichen Netzverbände
- Wahlweise Terminvermittlung durch Empfehlenden/Überweisenden sofern Patient einverstanden; Auswahl Netzverbund möglichst nach Patientenwunsch

§ 8 Diagnostik und Behandlung (1/2)

Diagnostik

Eingangssprechstunde

FÄ Psychiatrie u. Psychotherapie,
FÄ Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie,
FÄ Nervenheilkunde oder Neurologie u. Psychiatrie,
ärztliche u. Psychologische Psychotherapeuten

ärztliche oder psychotherapeutische Prüfung der
Einschlusskriterien (§ 2)

- psych. Erkrankung aus dem V. Kapitel (F10 bis F99) des ICD-10-GM
 - GAF-Wert ≤ 50 ,
 - mind. 2 Behandlungsmaßnahmen durch unterschiedliche Leistungserbringer
- Ärztliche und Psychologische Psychotherapeut*innen führen die Eingangssprechstunde im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde durch.

Differentialdiagnostische Abklärung

FÄ Psychiatrie u. Psychotherapie,
FÄ Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie,
FÄ Nervenheilkunde oder Neurologie u. Psychiatrie

psychische, somatische u. soziale, ggf. interdisziplinär
abzustimmende Diagnostik u. Indikationsstellung,
Erstellung vorläufiger Gesamtbehandlungsplan

- ggf. Festlegung Bezugsarzt

sofern bei Patient

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

§ 8 Diagnostik und Behandlung (2/2)

Behandlung	
die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen stehen zur Verfügung	Intervention richtet sich nach Diagnose u. Schweregrad Erforderliche Maßnahmen werden unmittelbar eingeleitet
SGB V – externe Möglichkeiten/Hilfeangebote	Bei Bedarf informieren, insbesondere auch für relevante Bezugspersonen des Patienten
Parallele Versorgung durch Netzverbände ausgeschlossen	Die Versorgung durch den Netzverbund wird der Krankenkasse angezeigt
Parallele Versorgung durch nicht an der RL-Versorgung Beteiligte LE	Ausgeschlossen, wenn Diagnose nach F10-F99 ICD-10-GM behandelt wird Fortsetzung begonnener Behandlungen möglich (§3 Abs.12, Voraussetzung ist Zustimmung zum Gesamtbehandlungsplan)

§ 9 Gesamtbehandlungsplan

Der Gesamtbehandlungsplan ist während des Versorgungszeitraums verbindlich.

Erstellung durch Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut	„Auf Basis der differentialdiagnostischen Abklärung wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan...erstellt.“ Alle an der jeweiligen Versorgung Beteiligte sind einzubeziehen, insbesondere P-Fachärzte und Psychotherapeuten, Bezugspersonen etc..
Inhalt	<ul style="list-style-type: none">• Therapieziele und Angaben zu Bedarf an<ul style="list-style-type: none">- ärztlichen, pharmakologischen u. psychotherapeutischen Maßnahmen- Heilmitteln, Soziotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege- Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung- Behandlungsnotwendigkeit somatischer Komorbiditäten durch RL-externe LE• namentliche Benennung der Person, die die Koordination nach § 10 durchführt• Kriseninterventionsplan und Patientenkommunikation zu: Vermeidung, Umgang, Hilfeangebote
Anpassungen	Beteiligte LE zeigen Anpassungen ggü. Bezugsarzt/-psychotherapeut an, dieser entscheidet unter Einbeziehung aller Beteiligter; somatische u. pharmakologische Aspekte sind auf Änderungen zu prüfen; das Vorliegen der Voraussetzungen nach § 8 Absatz 1 ist zu prüfen (§9 Abs.3)

§ 10 Koordination der Versorgung im Netzverbund

- Nur durch die Fachkräfte nach § 5!
 - Vernetzung mit anderen an der Versorgung des/der jeweiligen Patient*in beteiligten Leistungserbringer*innen
 - Nachhalten der Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans
 - Vereinbarung von Terminen bei anderen Leistungserbringer*innen
 - Ggf. das Aufsuchen des/der Patient*in im häuslichen Umfeld
 - Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, Führen von Gesprächen im Lebensumfeld
 - Ggf. Telefongespräche
 - Hinwirken auf Termintreue
 - Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem und erforderlichenfalls ein wöchentlicher telefonischer oder persönlicher Kontakt
 - Kontaktaufnahme und den Austausch mit weiteren Einrichtungen zur Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen

§ 11 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

wer	was
Krankenhaus	Nahtloser Übergang durch Assessments innerhalb Entlassmanagements: patientenindividuelle Anschlussversorgung wird frühzeitig erfasst, Entlassplan erstellt
	Wenn KH Kenntnis über RL-Versorgung hat, wird der Entlass-Brief an Bezugsarzt/-psychotherapeuten übermittelt (Patienteneinwilligung), diese informieren die koordinierende Person (§10) über das voraussichtliche Entlass-Datum
	Empfehlung in RL-Versorgung, wenn Entlass-Diagnostik auf Indikation gemäß §2 RL hinweist: KH übermittelt Entlassdiagnostik an Netzverbund und vereinbart Eingangssprechstunden-Termin (Patienteneinwilligung); dieser liegt spätestens 7 Tage nach voraussichtlichem Entlasstermin
	Enthält anschließende RL-Versorgung psychotherapeutische Behandlung, können probatorische Sitzungen noch während der KH-Behandlung begonnen werden
Bezugsarzt/-psychotherapeut	Übermittlung von Behandlungsverlauf und Therapiezielen an KH (Patienteneinwilligung), wenn teil-/vollstationärer oder stationsäquivalenter Aufenthalt während der RL-Versorgung festgestellt wird

§ 12 Verlaufskontrolle und Beendigung der RL-Versorgung

Verlaufskontrolle

Regelmäßige Beurteilung Behandlungsfortschritt
u. Erreichung Therapieziele (ggf. mit anderen LE)

Anpassung des Gesamtbehandlungsplans, falls
erforderlich

Halbjährliche Überprüfung der Voraussetzungen
für RL-Versorgung (§2 RL)

Beendigung

- Therapieziele sind erreicht
- Andere Gründe

Überleitung in fachärztliche oder psychotherapeutische
Versorgung frühzeitig anzustreben:
Möglichst personelle Kontinuität der LE wahren

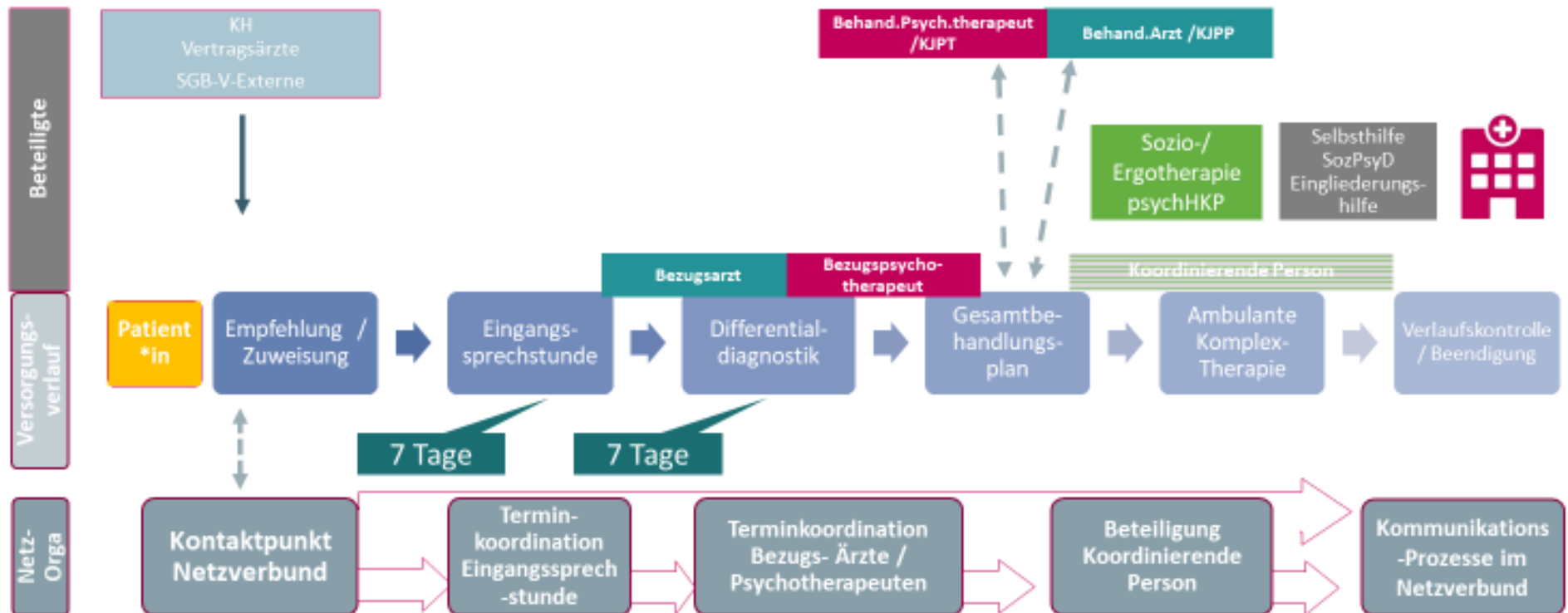
Bezugsarzt/-psychotherapeut erstellt Überleitungsplan,
der wesentliche Informationen über Behandlungsverlauf
enthält

Eine erneute RL- Versorgung kann erfolgen, wenn Voraussetzungen erfüllt sind, möglichst durch denselben Verbund

§ 13 Evaluation

- Evaluation erfolgt durch den G-BA
 - Auswirkungen auf die Versorgungsqualität
 - Beispielhafte Items in den Tragenden Gründen formuliert
 - Evaluation innerhalb von 5 Jahren nach Inkrafttreten RL
 - Darstellung von Umsetzungshindernissen und unerwünschten Auswirkungen
 - Bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassung der Richtlinie
-
- Entwicklung einer Richtlinie für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen hat begonnen >>> Beschlussfassung bis 1. Juli 2023 (?)

KSVPsych-RL Prozess-Übersicht



- **Richtlinie zur koordinierten und strukturierten Versorgung,
KSVPsych-RL**



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Pressemitteilung: Schwer psychisch erkrankte Versicherte erhalten koordinierte Hilfe durch Ärzte- und Therapeutennetz

Berlin, 2. September 2021 – Für schwer psychisch erkrankte Erwachsene mit einem komplexen ärztlichen wie therapeutischen Behandlungsbedarf gibt es künftig ein neues Angebot der gesetzlichen Krankenversicherung.



3. September 2021

Grundlegendes Reformprojekt für schwer psychisch
Erkrankte gelungen

G-BA schafft neue ambulante Komplexversorgung



DPtV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

PRESSEMITTEILUNG

Komplexversorgung ein wichtiger Schritt, aber Hürden bleiben

DPtV kritisiert Beschränkungen und fordert BMG zu Nachbesserungen auf

KSV Psych-RL Nicht- Beanstandung BMG

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin
TEL +49 (0)30 18 441-4514
FAX +49 (0)30 18 441-3788
E-MAIL 213@bmg.bund.de
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

vorab per Fax: 030 - 275838105

Berlin, 7. Dezember 2021
AZ 213 – 21432 – 99

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V vom 2. September 2021
hier: **Erstfassung 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,

der von Ihnen gemäß § 94 SGB V vorgelegte o. g. Beschluss vom 2. September 2021 über eine Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) wird nicht beanstandet.

Es wird auf Folgendes hingewiesen:

Das Bundesministerium für Gesundheit geht davon aus, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) unabhängig von der in § 13 der KSVPsych-RL festgelegten Evaluation der Auswirkungen auf die Versorgungsqualität (innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinie) seiner ohnehin gemäß der Verfahrensordnung des G-BA (1. Kapitel, § 7 Absatz 4) bestehenden Beobachtungspflicht hinsichtlich der Auswirkungen seiner Entscheidungen auch schon vorher nachkommen wird, um bereits früher auftretende Umsetzungsprobleme identifizieren und ggf. nachsteuern zu können. Insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen der Regelung in § 4 Absatz 1 zum vollen Versorgungsauftrag der Bezugärztinnen oder Bezugärzte und der Bezugspsychotherapeutinnen und Bezugspsychotherapeuten hinsichtlich der Bildung der Netzverbände erscheint eine Beobachtung angezeigt. Die Möglichkeit oder ggf. Notwendigkeit

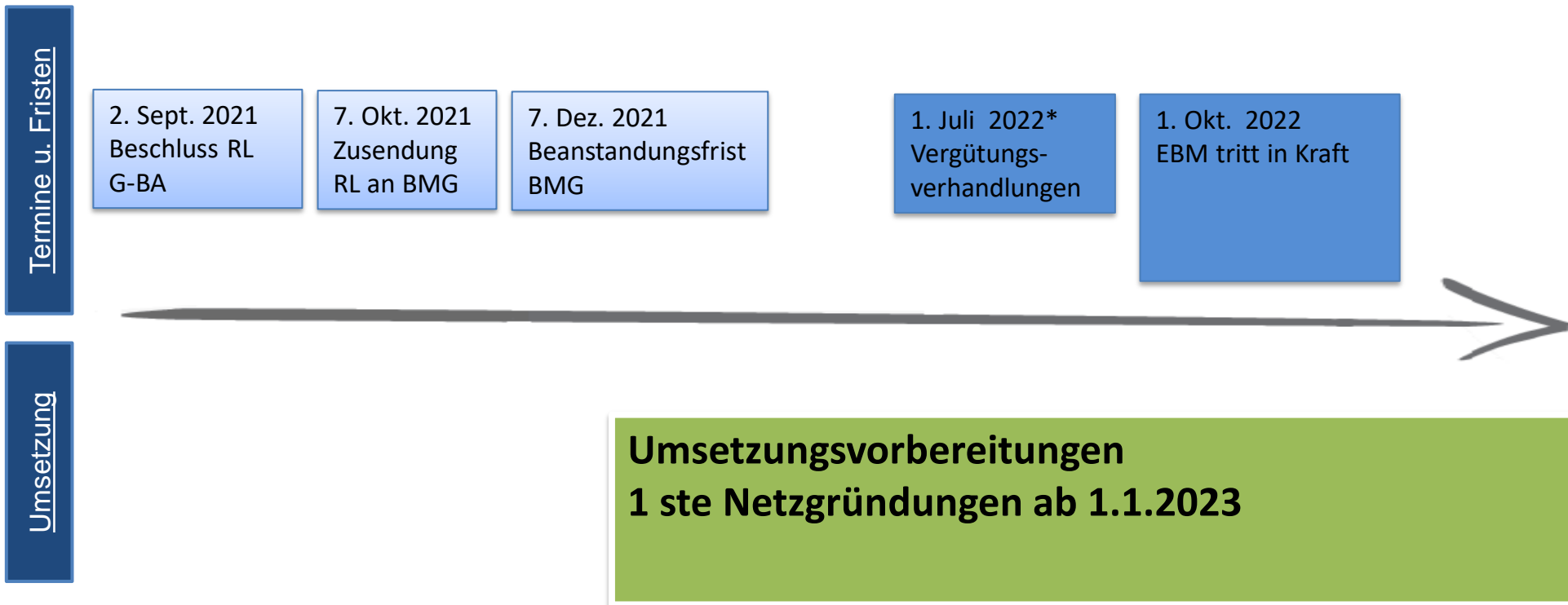
einer Anpassung wäre dann zu prüfen, wenn sich herausstellen sollte, dass die Vorgabe ungeeignet ist, weil die Versorgung ohne die Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit geringerem Versorgungsauftrag nicht zustande kommt, oder wenn ersichtlich werden sollte, dass das Ziel der Verfügbarkeit auch mit einem milderen Eingriff in die Berufsausübung sichergestellt werden könnte.

Zudem wird gebeten, die offensichtlichen Verweisfehler im Beschlusstext (Verweis in § 4 Absatz 1 Satz 4: „nach Satz 2 Nummer 1 bis 4“ muss lauten „nach Satz 3 Nummer 1 bis 4“; Verweis in § 5 Absatz 2 Satz 2: „der Nummern 4 bis 8“ muss lauten „des Satzes 1 Nummern 4 bis 8“; Verweis in § 9 Absatz 3 Satz 4: „§ 8 Absatz 1 Nummer 1 bis 3“ muss lauten „§ 8 Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 bis 3“) vor Veröffentlichung im Bundesanzeiger zu korrigieren. Eine erneue Beschlussfassung ist für die Korrektur dieser offensichtlichen Unrichtigkeiten nicht erforderlich.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Dr. Josephine Tautz

Zeitstrahl



*§ 87 Abs. 5b SGB V: 6 Monate

Vergütung: Der Leistungen im Überblick

Vergütung: Die Leistungen im Überblick



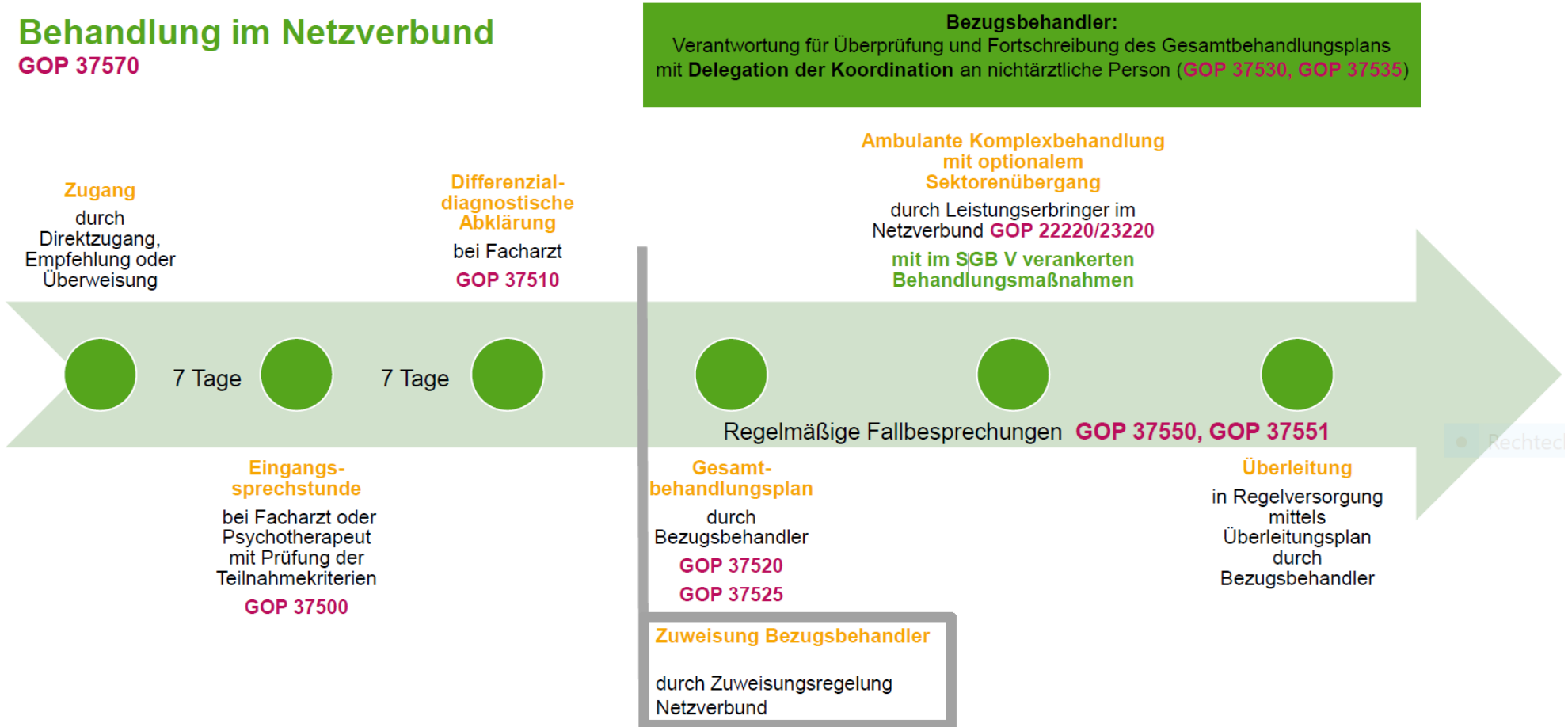
GOP	Leistung	Hinweise	Bewertung (Punkte / Euro)
37500	Eingangssprechstunde	je vollendete 15 Min., max. 4 x im Krankheitsfall	231 / 26,02
37510*	Differentialdiagnostische Abklärung	je vollendete 15 Min., max. 4 x im Krankheitsfall	231 / 26,02
37520	Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans	1 x im Krankheitsfall	448 / 50,47
37525	Zusatzpauschale für Leistungen Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut	1 x im Behandlungsfall	450 / 50,70
37530	Koordination der Versorgung durch eine nichtärztliche Person	1 x im Behandlungsfall	577 / 65,01
37535	Aufsuchen eines Patienten im häuslichen Umfeld durch eine nichtärztliche Person	je Sitzung, max. 3 x im Behandlungsfall	166 / 18,70
37550	Fallbesprechung	je vollendete 10 Min., max. 4 x im Behandlungsfall	128 / 14,42
37551	Zuschlag zur GOP 37550 bei Teilnahme mind. 1 nichtärztlicher / nichtpsychotherapeutischer Teilnehmer nach § 3 Abs. 3 und 5 <u>KSVPsych-RL</u>	je vollendete 10 Min., max. 4 x im Behandlungsfall	128 / 14,42
37570	Zusatzpauschale für zusätzliche Organisations- und Managementaufgaben sowie technische Aufwände im Rahmen eines Netzverbundes	1 x im Behandlungsfall	200 / 22,53

*ausschließlich Fachärztinnen u. Fachärzte für Psychiatrie u. Psychotherapie, Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie, Nervenheilkunde sowie Neurologie u. Psychiatrie

Behandlung im Netzwerk

Behandlung im Netzwerk

GOP 37570



■ **Positiv:**

- PP als Bezugstherapeut*innen
- Gesamtbehandlungsplan kann von PP erstellt und verantwortet werden
- Etablierung von interdisziplinärer und intersektoraler Kooperation, Fallkonferenzen

■ **Schwierig:**

- (somatische) Differentialdiagnostik durch P-Ärzte – zusätzliche Hürde und Engpass bei der Eingangsdagnostik für Patient*innen
- Koordinierungsleistungen müssen delegiert werden – fachlich unangemessen, rechtliche Grundlage z.T. unklar
- Anspruchsvolle Voraussetzungen:
 - Hohe Anforderungen an Netzverbände
 - enge Fristsetzungen zum Aufsuchen der Praxen
 - Teilnahmemöglichkeit nur für Praxen mit ganzen Versorgungsaufträgen
 - Vergütung mangelhaft

**Vielen Dank
Eure/Ihre
Aufmerksamkeit**