



Berufsverband Deutscher
Nervenärzte e.V. (BVDN)
Wulffstr. 8
12165 Berlin
Vereinsregister: 39918 B
Registergericht: Amtsgericht
Charlottenburg (Berlin)
Dr. Sabine Köhler
Dr. Klaus Gehring

Berufsverband Deutscher
Neurologen e. V.
Wulffstr. 8
12165 Berlin
Vereinsregister: VR 39851 B
Registergericht: Amtsgericht
Charlottenburg (Berlin)
Dr. Uwe Meier

Deutsche
Psychotherapeutenvereinigung e.V.
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Vereinsregister: VR 25849 B
Registergericht: Amtsgericht
Charlottenburg (Berlin)
Gebhard Hentschel

MUSTER-NETZVERBUNDVERTRAG NACH DER KSVPSYCH-RL

Vor Ihnen liegt ein von den drei beteiligten Verbänden erstellt und mit der Rechts- und der Fachabteilung der KBV abgestimmter Mustervertrag für die Begründung eines Netzverbundes nach der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL). Das Muster sieht die Gründung einer Gesellschaft des bürgerlichen Rechts und die notwendigen Instrumente zur Verzahnung und Abstimmung der Komplexbehandlung vor; zugleich sollen die Anforderungen an den Betrieb der Gesellschaft mit diesem Muster so niedrighschwellig und unbürokratisch wie möglich gehalten werden. Im Anschluss an den eigentlichen Vertragstext finden Sie Hinweise zur Anwendung und praktischen Umsetzung. Wiewohl empfehlen wir eine individuelle rechtliche Beratung zur weiteren individuellen Ausgestaltung des Vertrages.

Berlin, den 16. Dezember 2022

Die Verbandsvorstände

Vertrag über die Gründung eines Netzverbundes nach der KSVPsych-RI

zwischen

1. [●], Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, geschäftsansässig [●]
2. [●], Fachärztin für Psychosomatische Medizin, geschäftsansässig [●]
3. [●], Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, geschäftsansässig [●]
4. [●] MVZ GmbH, vertr. d. d. Geschäftsführerin [●], Betriebsstätte [●]
5. Berufsausübungsgemeinschaft [●], vertr. d. d. Gesellschafter [●], [●]
6. [●], Psychologische Psychotherapeutin, geschäftsansässig [●]
7. [●], Psychologischer Psychotherapeut, geschäftsansässig [●]
8. [●], Psychologische Psychotherapeutin, geschäftsansässig [●]
9. [●], Psychologische Psychotherapeutin, geschäftsansässig [●]
10. [●], Psychologischer Psychotherapeut, geschäftsansässig [●]

- nachfolgend zusammen „die Gesellschafter:innen“ genannt -

Präambel

¹Die Gesellschafter:innen sind zur vertragsärztlichen Versorgung mit Betriebsstätten an den im Rubrum genannten Anschriften zugelassen. ²Sie beabsichtigen die Gründung eines Netzverbundes (nachfolgend: „**der Netzverbund**“) in der Rechtsform einer Gesellschaft des bürgerlichen Rechts (nachfolgend: „**die GbR**“) zur kontinuierlichen, vernetzten, berufsgruppenübergreifenden und sektorenübergreifenden Versorgung von psychisch Erkrankten im Sinne des § 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) in der Region.

³Der nachfolgende Vertrag regelt die Modalitäten für die Führung des Netzverbundes und der GbR. ⁴Er wird ausdrücklich unter den aufschiebenden Bedingungen i.S.d. § 158 Abs. 1 BGB geschlossen, dass die zuständige Kassenärztliche Vereinigung gem. § 3 Abs. 9 KSVPsych-RI Abrechnungsgenehmigungen vor Beginn der

Tätigkeit nach der KSVPsych-RI an die Gesellschafter:innen erteilt.

1. Rechtsform, Zweck

- 1.1. ¹Vorbehaltlich des Eintritts der in der Präambel genannten aufschiebenden Bedingung begründen die Gesellschafter:innen einen Netzverbund nach § 3 KSVPsych-RI. Gesellschaftszweck ist es, die Versorgung im Netzverbund für Patient/-innen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf gemäß § 2 KSVPsych-RI in einer berufs- und sektorübergreifenden, koordinierten und strukturierten Form zu koordinieren. ²Dieser Netzverbundvertrag ist Grundlage für die Erbringung und Abrechnung von entsprechenden Leistungen der GOP 37500, 37510, 37520, 37525, 37530, 37535, 37550, 37551, 37570 des EBM.
- 1.2. ¹Die §§ 705-740 BGB finden Anwendung, soweit sich aus diesem Vertrag nichts Abweichendes ergibt. ²Die Anwendung des § 708 BGB in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung wird ausgeschlossen. ³Die Gesellschafter:innen führen den Netzverbund nach Inkrafttreten des Gesetzes über die Modernisierung des Rechts der Personengesellschaften (MoPEG) weiterhin in der Rechtsform einer Gesellschaft des bürgerlichen Rechts i.S.d. § 705 Abs. 2 BGB in der ab dem 1. Januar 2024 geltenden Fassung. [ggf.: ⁴Die Gesellschafter:innen sind sich darin einig, dass die Gesellschaft nach § 707 Abs. 1 BGB in der ab dem 1. Januar 2024 geltenden Fassung zum Gesellschaftsregister angemeldet werden soll.]

2. Teilnehmende Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen

- 2.1. ¹An der Versorgung nach der KSVPsych-RI (nachfolgend „**Komplexversorgung**“) nehmen die Gesellschafter:innen, sofern sie persönlich zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, teil. ²Gesellschafter:innen, die zwar Leistungserbringer sind, aber nicht persönlich die Voraussetzungen für die Teilnahme an der Komplexversorgung erfüllen, nehmen an der Komplexversorgung nach diesem Vertrag durch ihre zugelassenen Vertragsärzte oder durch angestellte Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen mit einer der in § 3 Abs. 2 Satz 2 KSVPsych-RI vorgesehenen Qualifikationen teil. ³Die teilnehmenden Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen werden nachstehend auch als „**Leistungserbringer:innen**“ bezeichnet. ⁴Es handelt sich bei Vertragsschluss um folgende Leistungserbringer:innen an der Komplexversorgung nach diesem Vertrag teil:

<i>Name</i>	<i>Gebietsbezeichnung</i>	<i>Betriebsstätte</i>	<i>Umfang der Arztstelle</i>	<i>Gesellschafter</i>
-------------	---------------------------	-----------------------	------------------------------	-----------------------

...

⁵Der Umfang der Arztstelle bestimmt sich nach § 58 Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie (> 30 h = Faktor 1,0, > 20 h ≤ 30 h = Faktor 0,75, > 10 h ≤ 20 h = Faktor 0,5; ≤ 10 h = 0,25).

- 2.2. ¹Der Netzverbund kann um weitere Gesellschafter:innen, die in eigener Person oder durch Leistungserbringer:innen nach Ziffer 2.1. Satz 2 die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 2 KSVPsych-RI erfüllen, erweitert werden. ²Die Erweiterung bedarf eines Beschlusses der Gesellschaftersammlung nach Ziffer 14.
- 2.3. Die Gesellschafter:innen können auch Mitglieder in weiteren Netzverbänden sein.

3. Bezugstherapeut:innen

- 3.1. § 4 Abs. 1 Satz 2 KSVPsych-RI sieht für die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt, Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut (nachfolgend: „**Bezugstherapeut:in**“) vor, dass ein Teilnahmestatus an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang eines vollen Versorgungsauftrages vorliegen muss.
- 3.2. Bezugstherapeut:innen in diesem Netzverbund können entsprechend die selbst mit vollem Versorgungsauftrag zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Gesellschafter:innen sowie die in Ziffern 2.2. benannten Leistungserbringer:innen mit einer Arztstelle mit dem Faktor 1,0 sein. § 8 Abs. 1 Satz 5 KSVPsych-RI ist zu beachten.

4. Kooperationspartner

- 4.1. ¹Kooperierendes Krankenhaus nach § 3 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 KSVPsych-RI ist [*Name des Krankenhauses*] in Trägerschaft der [*Firma der Trägerin*]. ²Der derzeit unter der aufschiebenden Bedingung er Genehmigung dieses Netzverbundes geschlossene Kooperationsvertrag ist als **Anlage 4.1.** einbezogen. ³Kooperationsverträge mit weiteren Krankenhäusern bedürfen eines Beschlusses der Gesellschafterversammlung nach Ziffer 14.
- 4.2. ¹Es wurde zudem ein aufschiebend bedingt durch die Genehmigung dieses Netzverbundes geschlossener Kooperationsvertrag mit einem weiteren Leistungserbringer geschlossen, der einen Vertrag mit den gesetzlichen Krankenkassen über

Ergotherapie Soziotherapie psychiatrische häusliche Krankenpflege

geschlossen hat. ²Dieser Vertrag ist als **Anlage 4.2.** einbezogen. Kooperationsverträge mit weiteren Kooperationspartnern bedürfen eines Beschlusses der Gesellschafterversammlung nach Ziffer 14.

5. Meldepflichten gegenüber der Gesellschaft

5.1. ¹Der Netzverbund unterliegt nach der KSVPsych-RI bestimmten Meldepflichten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung, insbesondere in Bezug auf die Erfüllung der Mindestvoraussetzungen und deren Veränderung. ²Vor diesem Hintergrund vereinbaren die Gesellschafter:innen, dass die anderen Gesellschafter:innen über

- (i) jede Änderung des Zulassungsstatus eines/einer Gesellschafter:in,
- (ii) jede Betriebseinstellung oder Betriebsübertragung eines/einer Gesellschafter:in,
- (iii) jede Beendigung, Nachbesetzung oder Reduzierung einer Arztstelle, die nach Ziffern 3.3. oder 3.4. benannt wurde,
- (iv) jede Änderung der Rechtsform eines/einer Gesellschafter:in bzw. der Zusammensetzung der Gesellschafter:in einer Personen- oder Kapitalgesellschaft, die an diesem Vertrag teilnimmt,
- (v) jede Änderung der Betriebsstätte

unverzüglich zu informieren sind, damit diese prüfen können, ob die Voraussetzungen für den Netzverbund und damit die Abrechnungsberechtigungen weiterhin erfüllt sind. ³Hierfür wird der Mailverteiler der Gesellschafter:innen verwendet, wie er in **Anlage 5.1.** aufgeführt ist.

Alternative: es wird ein Verantwortlicher für das Netzwerk bestimmt, der die Informationen entgegennimmt und die Prüfung übernimmt, siehe Ziffer 5.2.

5.2. Die Gesellschafter:innen bestimmen eine Person als Verantwortliche der Verwaltung für die Entgegennahme der Meldungen nach Ziffer 5.1. und die Erfüllung der Meldepflichten des Netzverbundes nach der KSVPsych-RI. Bestimmt wird hierfür zunächst:

6. Koordinator:innen

¹Nach § 5 Abs. 1 Satz 1 KSVPsych-RI bedarf es für den einzelnen Versorgungsfall einer Koordinatorin oder eines Koordinators (nachfolgend: „**Koordinator:in**“) mit einer Qualifikation nach § 5 Abs. 2 Sätze 1 und 2 KSVPsych-RI. ²Der/ die Bezugstherapeut:in für den einzelnen Versorgungsfall bestimmt die Koordinator:in.

7. Behandlungsverträge

7.1. ¹Die Gesellschafter:innen üben ihren Beruf jeweils unabhängig und in eigener Verantwortung nach bestem Wissen und Gewissen aus. ²Jedes die ärztliche oder psychotherapeutische Berufsausübung betreffende Weisungsrecht ist ausgeschlossen.

7.2. ¹Die Behandlungsverträge mit den Patient:innen schließen jeweils die einzelnen Gesellschaft:innen ab. ²Die Gesellschafter:innen üben ihre ärztliche und psychotherapeutische Tätigkeit unter eigenem Namen und eigenverantwortlich aus. ³Die Patient:innen treten in keine vertragliche Beziehung zur Gesellschaft. Die Gesellschafter:innen liquidieren für ihre Tätigkeit in eigenem Namen. ⁴Dies gilt insbesondere auch für die Abrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung.

7.3. Bei der Ausführung der Behandlung werden die Gesellschafter:innen den Patient:innen bzw. ihren Personensorgeberechtigten die freie Wahl des Leistungserbringers gewährleisten.

8. Zugang von Patient:innen zum Netzverbund, Versorgungsablauf

8.1. Zugang zur Behandlung durch die Leistungserbringer:innen nach der KSVPsych-RI haben Patient:innen, die von Dritten überwiesen wurden oder denen der Netzverbund empfohlen worden ist, sofern die weiteren Voraussetzungen nach der KSVPsych-RI erfüllt sind.

8.2. ¹Der / die Leistungserbringer:in, der/die Eingangssprechstunde durchführt, überprüft das Vorliegen der Kriterien für die Teilnahme der jeweiligen Patient:innen an der Komplexversorgung. ²Soweit die Eingangssprechstunde durch psychologische oder ärztliche Psychotherapeut:innen durchgeführt und abgerechnet wird, erfolgt die Prüfung nach Satz 1 anlässlich der Psychotherapeutischen Sprechstunde (§ 11 PTh-RI); die differenzialdiagnostische Abklärung nach § 8 Abs. 1 Satz 3 KSVPsych-RI wird dann in diesem Rahmen durch Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie durchgeführt.

- 8.3. Soweit den jeweiligen Patient:innen die generellen Informationen zum Netzverbund und der Behandlung nach der KSVPsych-RI noch nicht durch den Überweiser oder Empfehler ausgehändigt wurden, händigen die jeweiligen Leistungserbringer:innen der Eingangssprechstunde diese generellen Informationen aus.
- 8.4. ¹Soweit der/die Leistungserbringer:in der Eingangssprechstunde feststellt, dass die Kriterien für eine Komplexbehandlung nach § 2 KSVPsych-RL erfüllt sind, erstellt es, sofern er/sie selbst nach Maßgabe von Ziffer 9 und § 9 KSVPsychRI die Rolle des/der Bezugstherapeut:in übernimmt, einen vorläufigen Gesamtbehandlungsplan. ²Kann dieser/diese Leistungserbringer:in nicht Bezugstherapeut:in sein, schlägt sie/er eine Bezugstherapeut:in vor. ³Der Grundsatz der freien Wahl des Leistungserbringers ist dabei zu beachten. ⁴Ein Anspruch auf Zuweisung zu bestimmten Gesellschaftern besteht nicht. ⁵Vor der Zuweisung ist eine schriftliche Einwilligungserklärung der Patientin bzw. des Patienten in die Weitergabe der in der Eingangssprechstunde erhobenen personenbezogenen Daten an den/die Bezugstherapeut:in und die weiteren an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer:innen des Netzverbundes nach Maßgabe der **Anlage 8.4** einzuholen. ⁶Die Gesellschafter:innen können hierzu ein gemeinsames Intranetz einrichten, in das offene Termine für die Vereinbarung eines Termins mit dem/der ausgewählten Bezugstherapeut:innen eintragen und vergeben werden können.
- 8.5. Soweit ein/e Patient/in in die KSV eingeschlossen wird, erfolgt eine erfolgt unter Berücksichtigung der Empfehlung der KBV formlose Information an deren/dessen Krankenkasse (Formblatt mit Klarnamen, Geburtsdatum, Anschrift sowie Nennung des/der Bezugstherapeut*in.
- 8.6. ¹Die Gesellschafter:innen schließen diesen Vertrag in dem Bewusstsein, dass der/die Leistungserbringer*in der Eingangssprechstunde mit den Aufgaben nach Ziffer 8.3. bis 8.5. ebenfalls eine koordinierende Leistung erbringt; die Gebührensätze für die Koordination aber stets durch die Bezugstherapeut:innen abzurechnen sind. ²Sie sind sich darin einig, dass eine Umverteilung der Honorarumsätze über die Gesellschafter:innen aber vermieden werden soll. ³Sollte die Gesellschaft Fördermittel für den Netzverbund erhalten, ist über deren Verwendung aber insbesondere unter Berücksichtigung dieses Aufwandes zu entscheiden.

9. Gesamtbehandlungsplan, Krisenintervention

9.1. ¹Der/die Bezugstherapeut:in erstellt auf der Grundlage der differenzialdiagnostischen Abklärung nach Ziffer 8.4. einen individuellen, an die jeweilige Krankheitssituation angepassten und mit den jeweiligen Patient:innen abgestimmten Gesamtbehandlungsplan. ²Die an der Komplexversorgung nach diesem Vertrag beteiligten Leistungserbringer:innen und bei Bedarf auch die Bezugspersonen der jeweiligen Patient:innen sind in die Abstimmung des Gesamtbehandlungsplans einzubeziehen.

9.2. Der Gesamtbehandlungsplan enthält

- (i) die Therapieziele,
- (ii) Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie an Heilmitteln, Soziotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege,
- (iii) Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringer:innen außerhalb der Komplexversorgung nach diesem Vertrag,
- (iv) einen Kriseninterventionsplan nach Maßgabe des § 9 Abs. 2 KSVPsych-RI,
- (v) die namentliche Benennung des Koordinators bzw. der Koordinatorin.

9.3. ¹Der Gesamtbehandlungsplan dient der Verzahnung und Abstimmung der Komplexversorgung und ist für alle Beteiligten maßgeblich unter Beachtung ihrer jeweils für sie geltenden berufsrechtlichen Vorgaben. ²Bei den konkreten therapeutischen Entscheidungen bleiben die jeweiligen Leistungserbringer:innen frei. ³Soweit die jeweiligen Leistungserbringer:innen im Rahmen ihrer therapeutischen Entscheidungen von dem Gesamtbehandlungsplan abweichen, teilen sie dies unverzüglich an die jeweiligen Bezugstherapeut:innen mit, die/der den Gesamtbehandlungsplan bei Bedarf entsprechend anpasst.

10. Qualitätssicherung, QM, Befund- und Behandlungsdokumentation

10.1. ¹§ 6 Abs. 1 Nr. 11 KSV-Psych-RL sieht vor, dass die Leistungserbringer:innen des Netzverbundes durch geeignete organisatorische Maßnahmen für die Einhaltung eines QM-Verfahrens Sorge tragen müssen. ²Die Gesellschafter verpflichten sich einander deshalb, Maßnahmen zu ergreifen, die auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ausgerichtet ist. ³Als Maßnahmen dafür kommen z.B. in Betracht:

- die Einrichtung von Qualitätszirkeln,
- die Mitwirkung an Assessmentrunden,
- die Entwicklung und Weiterentwicklung von Verfahrensstandards für die Versorgung innerhalb des Netzverbundes,
- interne Audits,
- externe Audits.

In jedem Fall finden regelmäßige patientenorientierte Fallkonferenzen unter Einbeziehung der an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer:innen statt, und zwar erstmalig spätestens einen Monat nach dem Erstkontakt, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal, die genaue Frequenz legt die Bezugstherapeutin bzw. der Bezugstherapeut nach Maßgabe der Erfordernisse des Einzelfalls fest. Bei Notwendigkeit von engmaschigeren Fallbesprechungen erklären die Leistungserbringer:innen des Netzverbundes hiermit ihre grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme.

- 10.2. Die Gesellschafter:innen stellen durch Vereinbarung gemeinsamer Standards sicher, dass eine einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation unter Wahrung der datenschutzrechtlichen und berufsrechtlichen Bestimmungen erfolgt.

11. IT-Sicherheit, Datenschutz

- 11.1. ¹Die Gesellschafter:innen werden patientenbezogene Unterlagen an Dritte nur mit dem Einverständnis der Patient:innen weiterleiten. ²Die Schweigepflicht sowie der Datenschutz werden unter allen Umständen gewahrt. ³Sie verpflichten sich mit der als Anlage 12.1. einbezogenen Vereinbarung auf den Datenschutz unter Berücksichtigung der Richtlinie der KBV nach § 75b SGB V über die Anforderungen zur Gewährleistung der IT-Sicherheit. ⁴Darüber hinaus verpflichten sie sich, auch ihr angestelltes Personal entsprechend schriftlich auf die Einhaltung zu verpflichten.

- 11.2. Die Gesellschafter:innen vereinbaren eine der IT-Sicherheit und Datenschutz entsprechende elektronische Kommunikation innerhalb des Netzverbundes.

12. Abrechnung von Leistungen der Komplexversorgung

- 12.1. Die Gesellschaft selbst ist nicht berechtigt, die Leistungen der Komplexversorgung abzurechnen.

- 12.2. ¹Die GOPen für die Eingangssprechstunde (37500), für die Differentialdiagnostische Abklärung gemäß § 8 der KSVPsych-RL (37510) werden unmittelbar durch diejenigen Gesellschafter:innen abgerechnet, welche die Leistungen erbracht haben. ²Dies gilt auch für die Teilnahme an einer Fallbesprechung gemäß § 6 KSVPsych-RL (37550).
- 12.3. Der/die Bezugstherapeut*in berechnet gegenüber der zuständigen KV die GOP 37520, 37525, 37530, 37535, 37551 und 37570, soweit die Leistungen ordnungsgemäß erbracht wurden.
- (i) Die Vergütung für die GOPen 37520 und 37525 für das Erstellen eines Gesamtbehandlungsplanes und für die Zusatzpauschale steht allein dem/der Bezugstherapeut*in zu.
 - (ii) ¹Die Vergütung für die GOP 37530 (Koordination der Versorgung nach § 10 der KSVPsych-RL durch eine nichtärztliche Person gemäß § 5 Abs. 2 der KSVPsych-RL) 37535 (Aufsuchen eines Patienten im häuslichen Umfeld durch eine nichtärztliche Person gemäß § 5 Absatz 2 der KSVPsych-RL im Rahmen der Koordination der Versorgung gemäß § 10 der KSVPsych-RL) und 37570 (Zusatzpauschale für zusätzliche Organisations- und Managementaufgaben sowie technische Aufwände im Rahmen eines Netzverbundes) leitet der/die Bezugstherapeut*in an die externe Koordinatorin bzw. den externen Koordinatoren weiter. Ist der/die Koordinator:in bei dem/der Bezugstherapeut*in beschäftigt, behält diese*r die Vergütung aus dieser GOP. ²Anderenfalls leitet der/die Bezugstherapeut:in die Vergütung für die GOP 37530 und 37551 unmittelbar selbst an die Koordinator:innen weiter.
- 12.4. Das kooperierende Krankenhaus rechnet seine Leistungen direkt gegenüber der Krankenkasse ab (§ 120 SGB V).
- 12.5. Für die Tätigkeit und Nutzung der eigenen Infrastruktur erhält der/die Bezugstherapeut/-in keine gesonderte Vergütung durch die Gesellschaft.
- 12.6. Ist Koordinator*in ein*e Ergotherapeut*in, Soziotherapeut*in oder ein fachpsychiatrischer Krankenpflegedienst, ist in dem Kooperationsvertrag vorzusehen, dass die Leistungen nach der KSVPsych-RI nicht zugleich als vertragsärztlich verordnete Leistungen gegenüber der betreffenden Krankenkasse abgerechnet werden können.

13. Haftung der Gesellschafter:innen

- 13.1. ¹Für Schadensersatzansprüche wegen einer in Ausübung der ärztlichen Tätigkeit begangenen unerlaubten Handlung oder sonstiger Schädigung Dritter haften die jeweiligen Gesellschafter:innen im alleine, soweit sie den Schaden verursacht haben. ²Die vorstehende Regelung gilt entsprechend für Regresse.
- 13.2. Die Gesellschafter:innen haben – jede:r für sich und für die jeweiligen Mitarbeitenden - eine den Vorgaben nach § 95e SGB V entsprechende Berufshaftpflichtversicherung geschlossen und verpflichten sich, diese aufrechtzuerhalten.

14. Geschäftsführung und Vertretung der Gesellschaft

- 14.1. ¹Die Gesellschaft verfügt über kein eigenes Betriebsvermögen und erzielt, soweit sie nicht unmittelbar selbst Fördermittel für den Netzverbund erhält, auch keine Einnahmen. ²Bei der Leistungserbringung entstehende Betriebsausgaben werden unmittelbar selbst von den jeweiligen Leistungserbringer:innen bzw., soweit sie selbständig tätig sind, den Koordinator:innen getragen. ³Da die Gesellschaft selbst keine Behandlungsverträge eingeht, hat sie auch keinen eigenen immateriellen Wert.
- 14.2. ¹Die Gesellschafter:innen regeln die Angelegenheiten der Gesellschaft einvernehmlich durch Beschluss. Sie vertreten die Gesellschaft gegenüber Dritten gemeinsam. ²Die Geschäftsführungs- und Vertretungsbefugnis kann im Übrigen für einzelne oder mehrere Rechtsgeschäfte durch einstimmigen Beschluss an eine:n Gesellschafter:in übertragen werden. ³Die Notgeschäftsführungsbefugnis nach § 715a BGB in der ab dem 1. Januar 2024 geltenden Fassung bleibt unberührt.
- 14.3. ¹Außerhalb von Versammlungen können Beschlüsse dann wirksam gefasst werden, wenn sich alle Gesellschafter:innen damit einverstanden erklären und zwingende gesetzliche Vorschriften dem nicht entgegenstehen. ²Das Einverständnis selbst bedarf nicht der Schriftform. Getroffene Beschlüsse sind in Textform zu dokumentieren. ³Beschlüsse sind einvernehmlich zu treffen.

15. Dauer der Gesellschaft

- 15.1. Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

15.2. ¹Ein:e Gesellschafter:in kann die Gesellschaft mit einer Frist von Monaten zum Ende eines Kalenderquartales ordentlich ohne Angabe von Gründen kündigen. ²Ein:e Gesellschafter:in scheidet außerdem, ohne dass es einer Kündigung oder eines Ausschlusses aus der Gesellschaft bedarf, im Zeitpunkt der Beendigung der vertragsärztlichen Zulassung aus der Gesellschaft aus. ³Endet die Arztstelle einer nach Ziffer 2 gemeldeten Leistungserbringer:in, so scheidet der/die Gesellschafter:,in dem/der die Arztstelle zugeordnet ist, binnen sechs Monaten ab der Beendigung der Anstellung, ohne dass es einer Kündigung bedarf, aus der Gesellschaft aus, es sei denn, die Arztstelle wird bis zu diesem Zeitpunkt mit einem / einer anderen Leistungserbringer:in nachbesetzt, welche:r die Voraussetzungen zur Teilnahme nach § 2 KSVPsych-RI erfüllt.

15.3. ¹Das Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Ein wichtiger Grund ist insbesondere dann gegeben,

- (i) wenn ein:e Gesellschafter:in die Verpflichtungen aus diesem Vertrag schwerwiegend verletzt hat und den anderen Gesellschafter:innen die Zusammenarbeit in der Gesellschaft nicht mehr zumutbar ist;
- (ii) wenn über das Vermögen eines Gesellschafters / einer Gesellschafterin ein Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung mangels Masse abgelehnt wird;
- (iii) wenn in das Vermögen eines Gesellschafters / einer Gesellschafterin die Einzelvollstreckung vorgenommen wird und es ihm/ihr nicht gelingt, binnen eines Monats ab Beginn der Vollstreckung für die Einstellung der Vollstreckungsmaßnahme zu sorgen;
- (iv) wenn ein:e Gesellschafter:in die eidesstattliche Versicherung über die Zahlungsunfähigkeit abgegeben hat;
- (v) wenn gegenüber einem/einer Gesellschafter:in das Ruhen oder die Entziehung der Approbation und/oder das Ruhen, die Entziehung und die Beendigung der vertragsärztlichen Zulassung ausgesprochen wird.

²Liegt ein wichtiger Grund vor, der eine fristlose Kündigung rechtfertigt, so haben die Gesellschafter:innen, denen das Kündigungsrecht zusteht, stattdessen auch die Möglichkeit des Ausschlusses des anderen Gesellschafters bzw. der anderen Gesellschafterin.

15.4. Jede Kündigung bedarf der Schriftform und ist im Falle der außerordentlichen Kündigung schriftlich zu begründen.

15.5. ¹Jede:r Gesellschafter:in scheidet im Todesfall aus der Gesellschaft aus. ²Die Rechtsnachfolger werden nicht Gesellschafter:innen des Netzverbundes.

16. Rechtsfolgen des Ausscheidens

16.1. ¹Scheidet ein:e Gesellschafter:in nach diesem Vertrag aus der Gesellschaft aus, so führen die verbleibenden Gesellschafter:innen die Gesellschaft mit dem Netzverbund fort. ²Die Liquidation wird ausgeschlossen.

16.2. ¹In folgenden Fällen haben die anderen Gesellschafter:innen das Recht der Anschlusskündigung, das sie binnen zwei Monaten ab Zugang der ersten Kündigungserklärung zu erklären haben:

- (i) wenn mindestens zwei Gesellschafter:innen mit Wirkung auf denselben Zeitpunkt die Gesellschaft kündigen,
- (ii) wenn ohne den/die zuerst kündigende:n Gesellschafter:in die Voraussetzungen für die Teilnahme als Netzverbund an der Komplexversorgung nach der KSVPsych-RI nicht mehr erfüllt sind.

²Haben alle Gesellschafter:innen eine Kündigung zum selben Zeitpunkt ausgesprochen, wird die Gesellschaft nach Maßgabe der gesetzlichen Regelungen liquidiert.

17. Schlussbestimmungen

17.1. ¹Alle Änderungen dieses Vertrages bedürfen, sofern aufgrund Gesetzes keine strengere Form erforderlich ist, der Schriftform, was auch für eine Änderung dieser Schriftformklausel gilt. ²Ein Verstoß gegen diese Schriftformklausel führt zur Nichtigkeit. ³Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

17.2. ¹Sollte eine Bestimmung dieses Gesellschaftsvertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, so soll das die Gültigkeit des Gesellschaftsvertrages im Übrigen nicht berühren. ²Die Gesellschafter:innen sind verpflichtet zusammenzuwirken, um die unwirksame oder undurchführbare Bestimmung durch eine wirksame und durchführbare Bestimmung zu ersetzen, die dem wirtschaftlichen Ergebnis der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung möglichst nahekommt. ³Dieses gilt auch, wenn die Unwirksamkeit einer Bestimmung etwa auf einem in dem Gesellschaftsvertrag vorgeschriebenen Maß der Leistung oder Zeit (Frist oder Termin) beruht; es soll dann ein dem Gewollten möglichst nahekommendes, rechtlich zulässiges Maß der Leistung oder Zeit

(Frist oder Termin) als vereinbart gelten. ⁴Das gleiche gilt, wenn sich bei Durchführung des Gesellschaftsvertrages eine ergänzungsbedürftige Lücke ergibt.

Hinweise zur Verwendung dieses Musters

Gründung einer Gesellschaft oder bloßer Kooperationsvertrag?

Grundlage der KSVPsych-RI ist die Begründung eines Netzverbundes. Der Netzverbundvertrag muss aber den Anforderungen des § 3 KSVPsych-RI genügen und gem. § 3 Abs. 9 der zuständigen KV zur Prüfung vorzulegen. Diese erteilt dann „dem Netzverbund die Genehmigung“. Die Genehmigung ist Voraussetzung für die Teilnahme der Leistungserbringer:innen an der Versorgung nach der KSVPsych-RI und damit auch der Abrechnung der entsprechenden Leistungsziffern nach dem EBM.

In einem Netzverbund müssen mindestens insgesamt 10 Fachärzt:innen und Psychotherapeut:innen zur Verfügung stehen. Davon müssen

- mindestens 4 Fachärzt:innen für Neurologie und Psychiatrie oder Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie oder Fachärzt:innen für Psychosomatische Medizin und
- mindestens 4 4 Psychotherapeut:innen (sowohl psychologische als auch ärztliche Psychotherapeut:innen) sein.

Die im Vertragsmuster gewählt Aufstellung ist beispielhaft und schränkt eine weitere Varianz nicht ein.

Die KSVPsych-RI macht keine weiteren Vorgaben dazu, ob und in welcher Rechtsform die Akteure eine Gesellschaft zur Führung des Netzverbundes können oder müssen. Wenn der Netzverbund als solcher nach der Richtlinie Genehmigungsadressat sein soll, spricht viel für die Gründung einer Gesellschaft. Es ist aber mit der KBV besprochen, dass die Genehmigung nicht zwingend in Form eines Verwaltungsaktes an den Netzverbund als solchen ergehen muss, sondern die Teilnahmeberechtigung auch gegenüber den verbundenen Leistungserbringer:innen festgestellt werden kann.

Dennoch schlagen wir hier – wenn auch auf möglichst niedrigschwelligem, praktikablen Niveau – eine Institutionalisierung des Netzverbundes und deshalb die Begründung einer Gesellschaft vor. Die drei Verbände und die KBV sind übereinstimmend der Meinung, dass ein hoher bürokratischer Aufwand ein Hemmschuh für die Gründung von Netzverbänden sein kann, zumal in der Startphase eines Netzverbundes. Zugleich soll aber nicht ausgeschlossen werden, dass der Netzverbund als solcher über eigene finanzielle Mittel zum Beispiel zur Erstellung der Informationen oder für eine homepage verfügt, selbst Personal (geringfügig) beschäftigt. Die Einnahmen aus den Gebührensiffern nach dem EBM sind teilweise von dem/der Bezugstherapeut:in weiterzuleiten. Es soll möglich sein, dass die jeweiligen Bezugstherapeut:innen diese Aufgabe selbst übernehmen, aber es soll auch genauso möglich sein, dass die Gesellschaft die Weiterleitung und Umverteilung dieser Entgelte übernimmt. Vor diesem Hintergrund setzt dieser Vertrag auf der Begründung einer Gesellschaft aus, die ggf. selbst Rechte und Pflichten übernehmen kann.

Keine gemeinsame Haftung für die Behandlung wegen der Gründung einer Gesellschaft

Die einfachste Gesellschaftsform, die auch hier gewählt wurde, ist die Gesellschaft des bürgerlichen Rechts (GbR). Zunächst: die Begründung einer GbR für den Netzverbund führt nicht dazu, dass die Leistungserbringer:innen gemeinsam für die Behandlung haften. Die Behandlungsverträge werden nicht durch den Netzverbund, sondern durch die jeweiligen Leistungserbringer:innen im eigenen Namen geschlossen. Auch die Leistungen werden nicht durch den Netzverbund, sondern durch die jeweiligen Leistungserbringer:innen abgerechnet. Eine gemeinsame Haftung der Gesellschafter neben der Gesellschaft besteht nur, soweit die Gesellschaft selbst Verträge schließt (z.B. über Mieträume oder Anstellungsverträge). Wir gehen davon aus, dass die Gesellschaft selbst keine eigenen Mieträume

unterhält und allenfalls jemanden für die Verwaltung anstellt, wenn eine gewisse Größe erreicht sein sollte.

Rechtsfähige oder nicht rechtsfähige GbR?

Das noch bis zum 31.12.2023 geltende Recht kennt nur die Gesellschaft des bürgerlichen Rechts. Ab dem 1.1.2014 wird das Gesetz allerdings zwischen der eingetragenen GbR (eGBR) und der nicht eingetragenen GbR unterscheiden. Künftig wird daher ein bei den Amtsgerichten zu führendes öffentliches Register für die GbR (das sog. Gesellschaftsregister) eingerichtet. Einzutragen sind dort Name und Sitz der GbR, deren Gesellschafter und die Vertretungsberechtigungen. Eine Eintragung ist grundsätzlich nicht verpflichtend. Die Eintragung in das Gesellschaftsregister ist für die Rechtsfähigkeit der GbR keine Voraussetzung; allerdings führt eine Eintragung dazu, dass die Rechtsfähigkeit unwiderleglich vermutet wird. Bei nicht eingetragenen GbRs ist für die Rechtsfähigkeit erforderlich, dass sie - nach außen – tatsächlich am Rechtsverkehr teilnimmt (sog. Außen-GbR). Eine nicht am Rechtsverkehr teilnehmende und nicht eingetragene GbR (sog. Innen-GbR) ist auch weiterhin nicht rechtsfähig.

Für die Arbeit in einem Netzverbund ist die Eintragung nicht erforderlich. Die Eintragung ist für bestimmte Rechtsgeschäfte zwingend, die aber in einem solchen Netzverbund im Normalfall nicht anfallen. Eine eingetragene GbR wird zukünftig Angaben zu ihren wirtschaftlich Berechtigten einzuholen und an das Transparenzregister zu übermitteln haben. Diese erweiterte Publizität ist bei der Entscheidung der Eintragung einer GbR zu bedenken. Der Vertrag kann also auch als Grundlage verwendet werden, ohne dass eine Eintragung erfolgt. Wir haben in Ziffer 1.2. Satz 4 für den Fall, dass dies erwünscht ist, eine Eintragung vorgesehen:

Die Gesellschafter:innen sind sich darin einig, dass die Gesellschaft nach § 707 Abs. 1 BGB in der ab dem 1. Januar 2024 geltenden Fassung zum Gesellschaftsregister angemeldet werden soll.

Diese Regelung kann auch gestrichen werden. Die Eintragung kann auch erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen. Eine Eintragung geht nicht damit einher, dass der Gesellschaftsvertrag notariell beurkundet werden müsste. Vielmehr erfolgt nur die Anmeldung zum Register durch einen Notar. Die Gebühren hierfür sind überschaubar.

Gesellschafter:innen und Veränderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes

Das sog. Rubrum (Namen und Anschriften der Vertragspartner:innen) besteht aus Leistungserbringern mit Vertragsarztstatus. Auch MVZ und BAGen haben einen solchen Status; deren Trägergesellschaften sind dann, wenn sie am Netzverbund teilnehmen, die Vertragspartner. Im Rahmen des Netzverbundes müssen sie dann diejenigen Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten benennen, die konkret an der Komplexversorgung teilnehmen sollen. Dazu dient Ziffer 2.1. des Vertrages.

Scheiden Gesellschafter:innen von Vertragspartnern oder angestellte Ärzt:innen aus, muss Gewissheit darüber bestehen, ob die Voraussetzungen für den Netzverbund nach § 3 Abs. 2 Satz 3 KSVPsych-RI fortbestehen und damit auch die Abrechnungsfähigkeit auch weiterhin gegeben ist. Deshalb braucht es eine Regelung über die Verantwortlichkeiten bei der Information der anderen Gesellschafter:innen, aber auch zur Meldung gegenüber der KV. Ziffer 5 dieses Vertrages sieht hierfür zwei unterschiedliche Varianten vor.

Abläufe der Komplexversorgung und Abrechnung

Der Zugang für Patient:innen ist niedrigschwellig, sie können sich auch ohne äußere Zusteuer bei einem Mitglied im Netzverbund vorstellen. Eine zwingende vorherige Konsultation k- z.B. bei Hausärzt:innen – ist nicht erforderlich.

Ziffern 8 und 9 des Vertrages regeln den Ablauf der Versorgung nach der KSVPsych-RI, Ziffern 10 und 11 die Anforderungen spezifische Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der IT-Sicherheit und Ziffer 12 die Abrechnung. Die Vergütung für die GOPen 37530 (Koordination der Versorgung nach § 10 der KSVPsych-RL durch eine nichtärztliche Person gemäß § 5 Abs. 2 der KSVPsych-RL), 37535 (Aufsuchen eines Patienten im häuslichen Umfeld durch eine nichtärztliche Person gemäß § 5 Absatz 2 der KSVPsych-RL im Rahmen der Koordination der Versorgung gemäß § 10 der KSVPsych-RL) und 37570 (Zusatzpauschale für zusätzliche Organisations- und Managementaufgaben sowie technische Aufwände im Rahmen eines Netzverbundes) sind, soweit der/die jeweilige Koordinator:in nicht bei dem/der Bezugstherapeut:in beschäftigt, sondern extern ist, weiterzuleiten. In diesem Vertragsmuster wird davon ausgegangen, dass die Gebühren nicht an die Gesellschaft abgegeben und von dort aus umverteilt, sondern unmittelbar von dem/der Bezugstherapeut:in an den/die externe:n Koordinator:in weitergegeben werden. Beschäftigt die Netzverbund-Gesellschaft selbst Verwaltungspersonal oder eine:n Koordinator:in mit einer der KSVPsych-RI entsprechenden Qualifikation, kann die Abgabe der Gebührensätze bzw. deren Umverteilung natürlich auch über die Gesellschaft erfolgen. Die Autoren des Mustervertrages gehen aber davon aus, dass Netzverbände zumindest zu Beginn in aller Regel niedrigschwellig und ohne eigenes Personal arbeiten wollen.

Die GOP 37550 ist nicht exklusiv für die Koordinator:innen bestimmt und kann auch für das Netzmanagement und die IT-Unterstützung eingesetzt werden; dies bleibt dem Netzverbund vorbehalten.

Praktische Tipps zum Ablauf:

Zielgruppe der neuen Versorgungsform sind Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (betroffen sind ca. 162 000 Menschen), die in neuen berufsgruppen- und sektorenübergreifend arbeitenden Netzverbänden niedergelassener Fachärzt:innen der Psychiatrie, Neurologie oder Nervenheilkunde sowie Psychotherapeut:innen versorgt werden.

Vereinfachtes Schema:

1. Anspruchsberechtigte Patient:innen:

- Kranke ab 18 Jahren mit der Diagnose F10 bis F99 des ICD-10-GM
- Deutliche Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveaus mit einem GAF-Wert von höchstens 50
- Zur Erreichung des Behandlungsziels müssen mindestens zwei Behandlungen von Leistungserbringer:innen unterschiedlicher Disziplinen notwendig sein

2. Zugang zum Versorgungsnetz:

- Überweisung durch Netz-externe Ärzt:innen
- Empfehlung von Leistungserbringer:innen, die dem Netz angehören
- Empfehlung im Rahmen des Entlass-Managements nach einer teil-, voll- oder stationsäquivalenten Krankenhaus- oder Reha-Behandlung
- Information der Patient:innen über regional zugängliche Netzverbände

3. Netzverbund für berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung psychisch Kranker mit:

- mindestens vier Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenheilkunde oder Neurologie/Psychiatrie
- mindestens vier ärztlichen und psychologischen Psychotherapeut:innen
- Fachärzt:innen für Neurologie
- Kooperationsvertrag mit einem psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhaus, Ergotherapeut:innen, Soziotherapeut:innen, psychiatrischer häuslicher Krankenpflege

4. Die Behandlung:

- Zuordnung der jeweiligen Patient:innen zu einer/einem Bezugärztin/Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugstherapeuten, die/der für den Gesamtbehandlungsplan verantwortlich ist
- Koordination des Behandlungsablaufs durch einen Case-Manager: z. B. Soziotherapeut:in, Krankenpflegekraft, MFA, Sozialarbeiter:innen
- Eingangssprechstunde mit Differenzialdiagnostik und Aufstellung eines Behandlungsplans unter Einbezug aller beteiligten Disziplinen und Festlegung des Behandlungsziels; Kriseninterventionsplan
- Einbeziehung von Hilfsangeboten außerhalb des SGB V
- Regelmäßige Verlaufskontrolle durch den Bezugsarzt, ggf. Korrektur des Behandlungsplans; Prüfung der Teilnahmevoraussetzung an der Netzversorgung alle sechs Monate

5. Behandlungsziel erreicht:

- Abschluss der Behandlung im Netzverbund
- Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung außerhalb der Richtlinie
- Möglichst Wahrung der personellen Kontinuität der Leistungserbringer:innen
- Eine erneute Versorgung nach der Richtlinie ist möglich

Den Verbänden müssen mindestens zehn Ärzt:innen/Psychotherapeut:innen angehören, die einen Vollversorgungsauftrag haben. Der Netzverbund muss einen Kooperationsvertrag mit einem psychiatrischen Krankenhaus vorhalten und mit einer/m Leistungserbringer/in der Ergo- oder Physiotherapie und der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege kooperieren.

Eingebunden werden sollen sozialpsychiatrische Dienste, Kriseninterventionsdienste, Angebote der Eingliederungshilfe, Suchtberatungsstellen, Trauma-Ambulanzen und Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Das Leistungsspektrum des Netzverbundes ragt somit über den Rechtskreis des SGB V hinaus.

Zugang zum Netzverbund und dessen koordinierter Leistung erhalten betroffene Patient:innen durch eine Überweisung von Vertragsärzt:innen oder eine Empfehlung (z.B. im Rahmen des Entlassmanagements eines Krankenhauses). Voraussetzung ist das Vorliegen einer Diagnose nach F10 bis F99 des ICD-10.

Bezugsärzt:innen/Bezugspsychotherapeut:innen haben eine zentrale Funktion im Netzverbund. Sie sind die Ansprechpartner für die Patient:innen. Sie erstellen auf der Basis einer Eingangsuntersuchung einen Gesamtbehandlungsplan und kontrollieren die Erreichung der Therapieziele.

Die organisatorische Arbeit der Versorgung obliegt einer nichtärztlichen Person; dies können Sozio- oder Ergotherapeut:innen, MFA, psychiatrische Krankenpflegekräfte, Sozialarbeiter:innen oder

Sozialpädagog:innen sein. Sie müssen eine mindestens zweijährige Erfahrung in der Versorgung von Patient:innen mit psychischen Krankheiten haben.

Es muss sichergestellt sein, dass bei Patient:innen jederzeit eine Krisenintervention möglich ist, auch durch Kooperation mit dem Bereitschaftsdienst oder einer Klinik. Mindestens zweimal im Quartal sollen mit den Patient:innen Fallgespräche unter Einbeziehung der an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer:innen stattfinden. Zur Beratung und Behandlung sind auch telemedizinische Verfahren möglich.

Nach einem halben Jahr müssen die Voraussetzungen zur Teilnahme an der Netzversorgung durch die Bezugsärzt:innen überprüft werden. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht, soll eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Regelversorgung erfolgen. Eine erneute Aufnahme in den Netzverbund ist möglich.



