



Gemeinsamer  
Bundesausschuss  
Innovationsausschuss

Stand: 08.12.2025

# Dokumentation der Rückmeldungen

zum Beschluss des Innovationsausschusses beim  
Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V  
zum abgeschlossenen Projekt *GBV (01NVF18028)*

Bei geförderten Vorhaben zu neuen Versorgungsformen berät der Innovationsausschuss den jeweiligen Evaluationsbericht und berücksichtigt dabei den jeweiligen Schluss- und Ergebnisbericht. Er beschließt jeweils spätestens drei Monate nach Eingang der jeweiligen bewertbaren Berichte eine Empfehlung zur Überführung der neuen Versorgungsform oder Teile aus einer neuen Versorgungsform in die Regelversorgung. Der Innovationsausschuss konkretisiert in den jeweiligen Beschlüssen, wie die Überführung in die Regelversorgung erfolgen soll. Zudem stellt er fest, welche Organisation der Selbstverwaltung oder welche andere Einrichtung für die Überführung zuständig ist. Empfiehlt der Innovationsausschuss, eine neue Versorgungsform nicht in die Regelversorgung zu überführen, begründet er dies.



Stand: 08.12.2025

#### A. Beschluss mit Begründung

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 11. April 2025 zum Projekt *GBV - Gemeindepsychiatrische Basisversorgung schwerer psychischer Erkrankungen* (01NVF18028) folgenden Beschluss gefasst:

- I. Der Innovationsausschuss spricht auf Basis der Ergebnisse des Projekts *GBV* folgende Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung aus:
  - a) Die im Projekt erzielten Erkenntnisse werden an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) weitergeleitet. Die Ministerien werden gebeten, zu prüfen, ob im Rahmen von Gesetzgebungsverfahren rechtliche Anpassungen zur Erleichterung der Umsetzung leistungsträgerübergreifender Versorgungsansätze vorgeschlagen werden können.
  - b) Die im Projekt erzielten Erkenntnisse werden an den Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses weitergeleitet. Der Unterausschuss wird gebeten, zu prüfen, inwiefern die Erkenntnisse aus dem Projekt bei einer Überarbeitung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych RL) einbezogen werden können.
  - c) Die Projektergebnisse werden, insbesondere mit Blick auf die sektoren- und rechtskreisübergreifende Komplexleistung der neuen Versorgungsform, an die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), den Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. (BPE) und den Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit e. V. (DBSH) zur Information weitergeleitet.

#### Begründung

Das Projekt hat erfolgreich die neue Versorgungsform (NVF) Gemeindepsychiatrische Basisversorgung (GBV) in zwölf Modellregionen für schwer psychisch erkrankte Personen implementiert und wissenschaftlich evaluiert. Die NVF wurde von multiprofessionellen ambulant aufsuchenden Teams aus den Bereichen Soziale Arbeit und Pflege erbracht, welche die Teilnehmenden bis zu zwei Jahre dabei unterstützten, den Gesamtbedarf der Behandlung und Betreuung aus allen psychiatrischen und psychosozialen Leistungsbereichen zu klären, passgenaue Hilfen mit den benötigten Anbietenden zu planen und fortlaufend zu vernetzen. Hierfür wurden gemeinsam mit bis zu zwei Bezugspersonen Ziel- und Aktivitäten- sowie Krisenpläne erstellt, Netzwerkgespräche zwischen allen Beteiligten durchgeführt und eine Genesungsbegleitung angeboten.



Stand: 08.12.2025

Zudem wurde ein regional organisierter Krisendienst (u. a. telefonische Hotline, Krisenwohnung) installiert. Die Teams arbeiteten auf Grundlage der Konzepte Recovery (Genesung)/Empowerment sowie des Offenen Dialogs, wofür Weiterbildungen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung nötig waren. Im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie wurde untersucht, ob die NVF zusätzlich zur Regelversorgung zu einer Verbesserung des Empowerments, im Sinne einer Erweiterung von Möglichkeiten zu einer selbständigen und eigenverantwortlichen Lebensweise durch die Betroffenen (primärer Endpunkt), führt. Zudem wurden die Projekterfahrungen der Mitarbeitenden erhoben, Angehörige befragt sowie die Kostenwirksamkeit der psychiatrischen Versorgung betrachtet.

Insgesamt haben 1.403 Personen an einem Eingangsassessment teilgenommen, um die Indikation zur GBV Behandlung zu klären. Zum letzten Messzeitpunkt (24 Monate nach der Basiserhebung) konnten 672 Personen befragt werden. Zu den häufigsten psychiatrischen Diagnosen gehörten affektive Störungen, Angststörungen und Störungen des schizophrenen Formenkreises. Die Ergebnisse zeigten, dass sich die subjektive Wahrnehmung von Empowerment in der Interventionsgruppe zu jedem Messzeitpunkt (fünf Messzeitpunkte über 24 Monate) statistisch signifikant stärker verbesserte als in der Kontrollgruppe (primärer Endpunkt). Mit Ausnahme der erkrankungsbedingten klinischen und psychosozialen Beeinträchtigungen zeigten sich für die weiteren sekundären Endpunkte subjektive Lebensqualität, Zufriedenheit mit der psychiatrischen Behandlung und Versorgungsbedarf und Bedarfsdeckung statistisch signifikante Ergebnisse zugunsten der Interventionsgruppe. Die Ergebnisse der Angehörigenbefragung verdeutlichten, dass sich die Zufriedenheit mit der psychiatrischen Behandlung in der Interventions- im Vergleich zur Kontrollgruppe statistisch signifikant zu jedem Messzeitpunkt stärker verbesserte. Dieser Effekt zeigte sich nicht für eine Belastungsreduzierung sowie Steigerung der subjektiven Lebensqualität der Angehörigen. Darüber hinaus wurde mithilfe von Primärdaten u. a. eine Kosten Nutzwertanalyse durchgeführt. Eine getrennte Betrachtung der beiden Interventionsjahre zeigte, dass die ermittelten Kosten-Nutzwertrelationen für das zweite Jahr bei einer notwendigen maximalen Zahlungsbereitschaft von 65.500 € aus der volkswirtschaftlichen Perspektive und von 70.000 € aus der GKV Perspektive für den Gewinn eines qualitätsadjustierten Lebensjahrs liegen. Die Prozessevaluation liefert Hinweise auf förderliche und hinderliche Faktoren aus Perspektive der Leistungserbringenden. Die Teilnehmenden äußerten sich zu Projektende überwiegend positiv u. a. zu ihren Erfahrungen mit Vernetzungsleistungen, der Arbeitszufriedenheit sowie Instrumenten der Qualitätssicherung. Zudem wurde der Austausch zwischen allen Beteiligten sowie die personalisierte Versorgung hervorgehoben.

Das Studiendesign war prinzipiell für die Beantwortung der Fragestellungen geeignet. Aufgrund des unverblindeten Designs können die Ergebnisse verzerrt sein. Die Diagnosen der Teilnehmenden wurden durch die zuweisenden Einrichtungen übermittelt und nicht standardisiert erfasst. Einzelne Komponenten der NVF wurden im Studienverlauf angepasst, wobei unklar ist, welche Auswirkungen dies auf die Effektschätzer hatte. Die Aussagekraft der Ergebnisse der Angehörigen sind aufgrund eines möglichen Selektionsbias eingeschränkt. Die Analysen der gesundheitsökonomischen Evaluation sind wenig belastbar, da u. a. die Primärdatenerhebung einen potentiellen Erinnerungsbias aufweisen und keine Verknüpfung mit den Sekundärdaten vorgenommen wurde.



Gemeinsamer  
Bundesausschuss  
Innovationsausschuss

Stand: 08.12.2025

Das Projekt konnte die Wirksamkeit der NVF in Bezug auf die Steigerung des Empowerments, der subjektiven Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit bei schwer psychisch erkrankten Personen im Vergleich zur alleinigen Regelversorgung nachweisen. Zudem wurde eine leistungsträgerübergreifende Gesamtvernetzung aller Hilfen ermöglicht, die durch umfangreiche Instrumente der Qualitätssicherung umgesetzt wurde. Aufgrund der im Projekt erzielten positiven Ergebnisse, unter Berücksichtigung der genannten Limitationen, werden die Ergebnisse an die oben genannten Adressatinnen und Adressaten weitergeleitet.

Stand: 08.12.2025

## B. Dokumentation der Rückmeldungen

Nachfolgend aufgeführt die Rückmeldungen der einzelnen Adressaten:

| Adressat  | Datum      | Inhalt   |
|---|------------|--|
| Gemeinsamer<br>Bundesausschuss<br>Unterausschuss<br>Psychotherapie und<br>psychiatrische Versorgung<br>(UA PPV) | 11.09.2025 | <p>„[...] vielen Dank für die Übermittlung des Berichtes über die Ergebnisse des Projekts zu neuen Versorgungsformen GBV - Gemeindepsychiatrische Basisversorgung schwerer psychischer Erkrankungen (01NVF18028), im Folgenden „Projekt GBV“, das durch den Innovationsfonds gefördert wurde.</p> <p>Gemäß Beschluss des Innovationsausschusses vom 11. April 2025 sollten die Ergebnisse dieses Projekts zur Prüfung an den Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung (UA PPV) weitergeleitet werden. Der UA PPV hat den Ergebnisbericht in seiner Sitzung am 20. Mai 2025 zur Kenntnis genommen und die AG KSVPsych mit der Prüfung und Einordnung der Ergebnisse des Projektes GBV im Hinblick auf möglichen Überarbeitungsbedarf in der KSVPsych-RL beauftragt. Diese hat festgestellt, dass wesentliche Ergebnisse des Projektes bereits in der KSVPsych-RL beziehungsweise den Umsetzungsvorschlägen für die Anpassung der KSVPsych-RL berücksichtigt werden. Dies betrifft insbesondere die folgenden Elemente des Projektes GBV (vgl. Ergebnisbericht S. 27–29):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sozialleistungsträgerübergreifende Versorgung und Vernetzung:</li></ul> |

Stand: 08.12.2025

| Adressat | Datum | Inhalt   |
|----------|-------|--|
|          |       | <p>Der G-BA hat, den Vorschlägen des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie und weiterer Stellungnahmeberechtigter folgend, die Vorgaben zur Verzahnung von Leistungen des SGB V und solchen außerhalb des SGB V soweit wie rechtlich möglich ausformuliert und präzisiert. So ist in § 8 Absatz 3 Satz 2 KSVPsych-RL vorgegeben, dass bestehende Hilfen aus Leistungsbereichen außerhalb des SGB V zu berücksichtigen sind; gemäß § 9 Absatz 1 Satz 2 sind sie – die Zustimmung der Patientin oder des Patienten vorausgesetzt – im Gesamtbehandlungsplan zu dokumentieren. Gemäß § 6 Absatz 1 Nummer 10 KSVPsych-RL sind die einschlägigen Leistungserbringer zu den Fallbesprechungen einzuladen. Zudem ist gemäß § 8 Absatz 3 Satz 5 KSVPsych-RL vorgesehen, dass die an der Versorgung beteiligten Mitglieder und Kooperationspartner des Netzverbundes „an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellen zur Planung und Koordination der notwendigen Leistungen und Unterstützungssysteme teilnehmen“ können.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontinuierliche Bezugsbegleitung:</li> </ul> <p>Genau wie die GBV sieht die KSVPsych-RL eine „Bezugsbegleitung und Vernetzung durch multiprofessionelle Teams“ vor (vgl. insbesondere § 3 Absatz 1 i.V.m. § 3 Absatz 4 KSVPsych-RL). Zwar weichen die Konzepte im Detail voneinander ab, aber auch gemäß KSVPsych-RL ist die Begleitung der Patientin oder des Patienten durch Bezugsärztin oder -arzt, Bezugspsychotherapeutin oder -psychotherapeut in enger Zusammenarbeit mit der</p> |

Stand: 08.12.2025

| Adressat | Datum | Inhalt   |
|----------|-------|--|
|          |       | <p>Koordinatorin oder dem Koordinator Teil der Versorgung, vergleichbar dem „Tandemsystem“ mit zwei festen Bezugspersonen als Ankerpersonen bei der GBV (vgl. Ergebnisbericht S. 12 sowie § 4 Absatz 1 i.V.m. § 5 Absatz 1 KSVPsych-RL).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Erreichbarkeit rund um die Uhr:</i></li> </ul> <p><i>Der hohe, im Rahmen des Projektes GBV realisierte Anspruch, eine Erreichbarkeit rund um die Uhr zu gewährleisten, wurde im Rahmen der KSVPsych-RL nicht in gleicher Form adressiert. Das hängt damit zusammen, dass die KSVPsych-RL bundesweit umsetzbar sein soll und die Hürden zur Umsetzung der KSVPsych-Versorgung nicht zu hoch gesetzt werden sollten. Allerdings hat der Netzverbund auch gemäß KSVPsych-RL dafür zu sorgen, „dass 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“ (§ 6 Absatz 1 Nummer 8 KSVPsych-RL). Dies gilt auch für den Fall, dass der Netzverbund zunächst kein Krankenhaus findet, das zur unmittelbaren Kooperation bereit ist (vgl. § 3 Absatz 3 Satz 5 KSVPsych-RL).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Einbeziehung der Patientinnen und Patienten:</i></li> </ul> <p><i>Eigentlich sollte dies im Sinne eines Shared Decision Making eine Selbstverständlichkeit in jeder Behandlung sein. Genau wie in der GBV wird es in der KSVPsych-Versorgung als</i></p> |

Stand: 08.12.2025

| Adressat | Datum | Inhalt   |
|----------|-------|--|
|          |       | <p><i>verbindlicher Standard angesehen, die Patientinnen und Patienten „und – soweit möglich – ihrer Angehörigen“ in „alle Gespräche, auch Abstimmungsgespräche zwischen mehreren Leistungserbringern“ (Ergebnisbericht, S. 29) einzubeziehen (vgl. § 6 Absatz 2 KSVPsych-RL).</i></p> <p><i>Der UA PPV sieht damit wesentliche Elemente der GBV in der KSVPsych-RL, insbesondere nach dem Plenumsbeschluss zu deren Anpassung, umgesetzt. Er wird die Weiterentwicklung der gemeindepsychiatrischen Basisversorgung und insbesondere die Zusammenarbeit der unterschiedlichen, auf verschiedenen SGB beruhenden Hilfen und Behandlungen für schwer psychisch kranke Menschen weiterverfolgen und ggf. bei kommenden Anpassungen der KSVPsych-RL berücksichtigen. [...]“</i></p> |