

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die strukturierte und koordinierte Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf nach § 92 Abs. 6b SGB V

Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V., Reinhardtstraße 13, 10117 Berlin, E-Mail: cbp@caritas.de				
25. Januar 2021				
§	Absatz	Ggf. Position	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
1	2	KBV/DKG/PatV GKV-SV/DKG	<p>Ziel der Versorgung nach dieser Richtlinie ist eine Verbesserung der Versorgung von insbesondere schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten mit komplexem [KBV/DKG/PatV psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen] Behandlungsbedarf. Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen neben dem grundsätzlichen Ziel nach Satz 1 folgende Unterziele erreicht werden:</p> <p>1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht [GKV-SV/DKG: bundesweit] und flächendeckend insbesondere die schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen. Eine wichtige Zielsetzung ist es, die entsprechenden Strukturen für eine flächendeckende Versorgung zu schaffen.</p>	<p>Die Einfügung stellt klar, dass es bei den Bezugsärzt_innen und -psychotherapeut_innen nicht um einen allgemeinen Behandlungsbedarf, sondern um einen komplexen psychotherapeutisch-psychiatrischen Bedarf geht.</p> <p>Zielrichtung dieser besonderen Behandlungsmöglichkeit soll sein, in dem oftmals schwer überschaubaren Gesundheitssystem für Menschen mit komplexen psychischen Erkrankungen mit einer hohen Behandlungsbedarf eine Behandlungsmöglichkeit zu schaffen, die an den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten der Zielgruppe nach § 2 orientiert ist. Damit verbunden ist die Aufgabe, regional erreichbare und funktionierende Angebote zu schaffen, die in einem Netzwerkverbund organisiert sind. Das Ziel, ein solches</p>

		<p>KBV/DKG/PatV</p> <p>KBV/DKG</p>	<p>2. Daneben sollte ein präventiver Ansatz mit verfolgt werden zur Vermeidung von schweren Verläufen von psychischen Erkrankungen so, wie diese oben beschrieben wurden.</p> <p>[KBV/DKG/PatV: und strebt an, eine leicht erreichbare und wohnortnahe Angebotsstruktur zur Verfügung zu stellen].</p> <p>Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt Im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten insbesondere [KBV/DKG: für] schwer psychisch [KBV/DKG: kranke] Patientinnen und Patienten zur Verfügung.</p> <p>Übernahme der Position der [KBV/DKG/GKV-SV]:</p> <p>Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht für die Gruppe der schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen eine</p>	<p>Angebot bundesweit und flächendeckend zur Verfügung zu stellen, muss klar in der Richtlinie verankert werden.</p> <p>Mit den erarbeiteten Richtlinien soll ein strukturiertes und koordiniertes Versorgungssystem geschaffen werden, das Wartezeiten reduzieren und einen verbesserten Zugang zu den erforderlichen Behandlungsangeboten für eine Zielgruppe ermöglichen soll, das von Angeboten oft schwer erreicht wird. Zudem soll die Verzahnung der Maßnahmen und die Anschlussfähigkeit zu den übrigen Versorgungssystemen verbessert werden.</p> <p>Der Personenkreis, der von dieser Richtlinie umfasst wird, sind die schwer psychisch kranken Menschen. Die Verkürzung oder Vermeidung von akutklinischen Aufenthalten sollte ein wesentliches Ziel dieser ambulanten Komplexversorgung sein.</p>
--	--	--	--	--

			Verkürzung oder Vermeidung von stationären [CBP: akutklinischen] Aufenthalten.	
1	3	KBV/PatV	<p>Nummer 1: Leitliniengerechte Behandlung nach der S3 Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der DGPPN</p> <p>Nummer 4: Unterstützung Position „Bezugspsychotherapeut_in“</p> <p>Nummer 5: „Der Netzwerk schließt eine verbindliche Vereinbarung zur Ausgestaltung der Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzwerk.“</p>	<p>Eine leitliniengerechte Behandlung ist zu unspezifisch. Die betreffende Leitlinie, die dieser strukturierten Versorgung zu Grunde liegt und zu Grunde liegen sollte ist die S3 Leitlinie Psychosoziale Therapie. Die dort für die Zielgruppe nach § 2 beschriebenen Ansätze müssen sich in der Behandlung widerspiegeln und Grundlage der angestrebten Koordination sein.</p> <p>Da Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch im gewissen Rahmen zur Verordnung von Soziotherapie, psychiatrischer häuslicher Krankenpflege und Ergotherapie berechtigt sind, ist auch deren Übernahme von Behandlungsleitung vorgesehen. Im Falle einer erforderlichen somatischen, z.B. pharmakologischen Behandlung wird eine Ärztin oder ein Arzt hinzugezogen. Diese Öffnung erlaubt es, unterschiedliche Ausgestaltungen der Verbünde, die sich auch an der örtlichen Versorgungssituation orientieren können.</p> <p>Die von GKV-SV/PatV geforderte zusätzlich nicht-ärztliche koordinierende Person zur Unterstützung der ärztlichen Behandlungsleitung als verpflichtendes Koordinationsmodell lehnt der CBP ab. Die Versorgung von insbesondere schwer psychisch kranken Menschen erfordert die Koordination der unterschiedlichen an der Behandlung</p>

			<p>Einfügung einer neuen Nummer 10: „Einbezug von Ex/In bzw. Peers. Ex/In bzw. Peers können als weitere Mitglieder den Netzwerkverbund unterstützen.“</p>	<p>beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. Diese zentrale Koordinationsaufgabe muss vom Netzwerkverbund in seiner konkreten Ausgestaltung verpflichtend übernommen werden müssen. Insofern ist hier der Position der KBV in der Begründung zu Nummer 5 der Vorzug zu geben. Wichtig ist, dass diese Aufgabe wahrgenommen wird und ebenso wichtig ist, dass die handelnden Akteure sich verbindlich darauf verständigen, wie sie ihr gerecht werden. Die Festlegung auf ein Kooperationsmodell schränkt die Gestaltungsmöglichkeiten vor Ort ein und führt möglicherweise zum Ausschluss bereits bestehender Versorgungsansätze.</p> <p>Seit Jahren wird der Einbezug von Peers in multiprofessionellen Teams gefordert. Die Wirksamkeit der Peer Arbeit wird weiterhin evaluiert und trägt zur Selbstwirksamkeit und dem Recovery Prozess der Patienten und damit zu einer leitliniengerechten Behandlung im Sinne der S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien maßgeblich bei.</p>
2	1	KBV/DKG/PatV	<p>Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer psychischen Erkrankung nach Absatz 2, die zu deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 3 führt und bei denen ein komplexer psychiatrischer, [DKG/KBV: ,psychosomatischer] und oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht bzw. wahrscheinlich ist, haben Anspruch auf Versorgung nach dieser Richtlinie.</p>	<p>Die Richtlinie sollte neben dem psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf durchgängig auch psychosomatischen Behandlungsbedarf aufnehmen.</p> <p>Die strukturierte Versorgung sollte auch bedeuten, zusammenhängende und übergreifende Behandlungszusammenhänge zu koordinieren und zu kombinieren. Dabei geht es nicht nur um interdisziplinäre Zusammenarbeit, sondern auch um die Anschlussfähigkeit an die übrigen Sozialleistungssysteme. Ziel muss es sein, den Zugang zu Leistung möglichst niedrigschwellig zu halten</p>

		GKV-SV		<p>und die Übergänge zu anderen Leistungssystemen möglichst reibungslos zu ermöglichen</p> <p>Die Position des GKV, die Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit zur Leistungsvoraussetzung zu machen, wird abgelehnt.</p> <p>Einschränkungen in der Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit müssen als systembedingte Barrieren verstanden werden. Sie erfordern geradezu die verbindliche Erstellung einer Teilhabeplanung bzw. der Initiierung eines Gesamtplanverfahrens nach dem BTHG um die Mitwirkung zu ermöglichen. Die Mitwirkungsfähigkeit darf keinesfalls zur Voraussetzung der Behandlung dieses Personenkreises gemacht werden. Dann bliebe dem vermutlich größten Teil der eigentlichen Zielgruppe der Zugang zur Behandlung verwehrt. Die Feststellung der Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit wird zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern zudem regelmäßig streitbehaftet sein.</p> <p>Die Anspruchsvoraussetzung ab dem 18. Lebensjahr sollte bereits in Absatz 1 begründet werden, indem darauf hingewiesen wird, dass Leistungserbringungsbrüche für Kinder und Jugendliche in der Übergangsphase zu vermeiden sind, indem die behandelnden Ärzte gemäß § 2 Absatz 4 frühzeitig eingebunden werden. Der CBP befürwortet die Erstellung einer besonderen Richtlinie für Kinder und Jugendliche mit schweren komplexen psychischen Erkrankungen. Die Begründung der KBV zu diesem Punkt wird daher unterstützt.</p>
2	2	KBV/DKG/PatV	Übernahme Position KBV/DKG/PatV	Um die Niedrigschwelligkeit des Zugangs zu dieser

		GKV-SV	<p>Ablehnung Position GKV-SV</p> <p>Ergänzen: Öffnungsklausel für besondere Fallkonstellationen</p>	<p>Versorgungsform zu gewährleisten kann eine Überweisung oder Empfehlung durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erfolgen.</p> <p>Ein Ansatz, der aus dem Spektrum der ICD-10-GM einzelne Indikationen herausgreift, wird den Anforderungen dieser Richtlinie nicht gerecht, denn die Schwere und Komplexität der Erkrankungen der hier definierten Personengruppe beschränkt sich ja gerade nicht auf bestimmte Krankheitsbilder, sondern auf die Einschränkungen in den gesundheitlichen Funktionen und im Alltagsleben. Auch der Verlauf kann intermittierend sein und temporäre Schwankungen die der Natur schwerer psychischer Erkrankungen durchaus entsprechen, dürfen nicht zum Ausschluss aus der Versorgung führen. Grundsätzlich sollten Patient_innen mit allen Indikationen aus dem Spektrum F00 bis F99 die Versorgung in Anspruch nehmen können. Der CBP lehnt die Begrenzung auf die Indikationen der Nummern 1 bis 12 in der Position GKV-SV ab.</p> <p>Es muss grundsätzlich möglich sein, z.B. über eine Entscheidung nach einer Fallvorstellung in einem Netzwerktreffen einen Zugang zu ermöglichen, auch wenn nicht alle Zugangskriterien erfüllt sind oder die Symptomatik und Problemstellung im Einzelfall sich nicht eindeutig in der Systematik der Zugangsregelung abbilden lässt.</p>
2	3	GKV-SV und PatV	Übernahme Position KBV/DKG	Ohne Zweifel stellt die GAF-Skala ein Instrument zur Ermittlung des psychosozialen Funktionsniveaus dar, es wird daher auch in der PsychHKP und in der Soziotherapie

				<p>verwendet. Die GAF-Skala allein ist jedoch nicht ausreichend, um den komplexen Behandlungsbedarf dieser Patientengruppe zu erfassen. Daher müssen – je nach Behandlungssituation – von den Behandlern auch andere Diagnoseinstrumente eingesetzt werden können. Die beispielhafte Aufzählung wie in der Position von KBV/DKG wird daher nachdrücklich unterstützt. Ausdrücklich abgelehnt wird auch die Vorgabe eines bestimmten Zahlenwertes der GAF-Skala, da die Zahlen eine Objektivität vortäuschen, die aufgrund der Komplexität faktisch nicht gegeben ist.</p>
2	4		<p>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 notwendig oder absehbar ist.</p>	<p>Es ist richtig, alle beteiligten Professionen einzubeziehen. Gleichwohl fehlt in der Formulierung bislang jeder Hinweis auf Prävention und Früherkennung. Muss erst der Zeitpunkt einer tatsächlichen Behandlung (nicht: Behandlungsbedürftigkeit) durch zwei Leistungserbringer_innen abgewartet werden, führt das zu weiteren Ausschlüssen gerade unter der ins Auge gefassten Zielgruppe. Gerade für schwer psychisch Erkrankte kann der Kontakt mit mehreren Personen eines therapeutischen Teams zu einer Reduktion der Compliance führen, daher sollte dies optional gehandhabt werden. Im Sinne schneller und niedrigschwelliger Zugänge muss hier bereits präventiv bzw. bei Ersterkrankung agiert werden können.</p>
3	1 <i>Nummer</i> 5	KBV/PatV	<p>Unterstützung der Aufnahme der Fachärzt_innen für Neurologie in den Kreis der Leistungserbringer.</p>	<p>Bei den komplexen Behandlungsbildern von psychisch schwer erkrankten Menschen kann auch beispielsweise die Diagnose einer neurodegenerativen Erkrankung (z.B. Demenz), anderer neurodegenerativer Erkrankungen oder die hirnorganischen Folgen erworbener Schädigungen des Gehirns eine Rolle spielen. Daher sollten auch die Fachärzt_innen der Neurologie an der Versorgung beteiligt werden könnten.</p>
3	2 i.V. mit 3	GKV-SV/PatV	<p>Ablehnung der Position von GKV-SV/PatV</p>	<p>Die Begründung der DKG wird nachdrücklich unterstützt, wonach die PIA kein eigenständiges Organisationskonstrukt</p>

				<p>von zur psychiatrischen oder psychosomatischen Versorgung zugelassenen Krankenhäuser ist. Maßgeblich ist immer die Einrichtung „Krankenhaus“, die für die ambulante vertragsärztliche Versorgung ermächtigt ist. Daher muss in der Richtlinie das Krankenhaus als Ganzes genannt werden. In der Begründung sollte den Formulierungen der DKG gefolgt werden.</p>
3	4		<p>Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie sind berechtigt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach § 124 SGB V, 2. Soziotherapeutische Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag zur Soziotherapie gemäß § 132b SGB V abgeschlossen haben, 3. Leistungserbringer die gemäß §64b SGB V oder §140a ff. SGBV bereits berufsübergreifende Komplexeleistungen für Patienten mit psychischen Erkrankungen erbringen, 4. [GKV-SV/PatV] Leistungserbringer_innen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben <p>Ergänzend Öffnungsklausel: [CBP]</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Leistungserbringer_innen, die ambulante Komplexeleistungen für die in § 2 Abs. 1 genannten Personen durch multiprofessionelle Teams unter Beteiligung von Ärzten und 	<p>Es gibt bereits multiprofessionelle Teams die Ärzte und Psychotherapeuten beinhalten – aber nicht ausschließlich auf zugelassene Leistungserbringer beschränkt sind. Darüber hinaus sollten Strukturen die bereits jetzt ambulante Komplexeleistungen anbieten, ebenfalls mitgedacht werden. Also Anbieter die folgende Berufsgruppen bündeln: FachärztINNeN; PsychotherapeutINNeN; PsychologINNeN; SozialpädagogINNeN; PsychiatriefachpflegerINNeN; ErgotherapeutINNeN; GenesungsbegleiterINNeN etc. Dies findet bereits erfolgreich außerhalb der Krankenhausbehandlung statt. Diese Berufsgruppen können sollten in der Begründung beispielhaft aber nicht abschließend aufgezählt werden.</p>

			Psychotherapeuten erbringen	
4	1		<p>Voraussetzung für die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die Bildung eines regionalen, berufsgruppenübergreifenden Netzverbundes mit Kooperationspartnern. Dieser ist ein vertraglicher Zusammenschluss von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absatz 3 unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben. Die Mitglieder des Netzverbundes gewährleisten eine kontinuierliche vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von psychisch Kranken mit einem komplexen psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf durch Bildung wohnortnaher patientenindividueller Teams.“</p>	<p>In der Definition des Netzwerkverbunds sollte zum Ausdruck kommen, dass dieser nicht selbst den Patienten/die Patientin behandelt, sondern ein regionales Verbundnetz darstellt, aus dem sich wohnortnahe patientenindividuelle Teams herausbilden, die sektorenübergreifend agieren können. Der Zusammenschluss sollte auch Kooperationspartner aus anderen Sozialleistungsbereichen, wie z.B. Sozialpädagogen_innen, umfassen können. Ausgangspunkt für die Bewertung der Regionalität kann die kommunale Ebene sein, wie in der Begründung der PatV formuliert, da die Bedarfsplanung auf Kreisebene erfolgt. Da der Netzwerkverbund jedoch aus teilweise sehr spezialisierten Leistungserbringern_innen besteht, sollte die Kreisgrenze nicht obligat sein.</p> <p>Um dem multiprofessionellen, individuell passgenauem Versorgungsbedarf Rechnung zu tragen, sollte bereits in § 4 Absatz 1 zum Ausdruck kommen, dass sich die jeweiligen Behandlungsteams aus dem Netzwerkverbund herausbilden.</p> <p>Die Ausführungen des Netzverbundes sind insgesamt unzureichend und rein medizinisch und hierarchisch gedacht.</p> <p>Notwendig sind vielmehr kooperierende multiprofessionelle Teams unter weitgehender Einbeziehung der Patient_innen. Die einzelnen Komponenten sollten zusammengeführt werden und nicht als einzelne Komponenten verstanden werden (ÄrztInnen; TherapeutInnen; PIAs; Krankenhäuser; häusliche Krankenpflege und Soziotherapie)</p>
4	2		„Die Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt [KBV/DKG/PatV: nach individuellem Bedarf	Zur Begründung der Ergänzung „in einem patientenindividuellen Behandlungsteam“, s. Kommentierung zu § 4 Absatz 1.

			<p>berufsgruppenübergreifend in einem [GKV/KBV/DKG] regionalen] Netzwerkverbund. Die Versorgung erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes [KBV/PatV: oder einer Bezugspsychotherapeut_in] [KBV: in einem patientenindividuellem Behandlungsteam] gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordinatorin oder einem Koordinator nach § 6 [PatV: und in Zusammenarbeit mit kooperierenden und sonstigen Leistungserbringern gemäß Absatz 5].</p>	<p>Die Zusammenarbeit mit kooperierenden und vor allem auch sonstigen Leistungserbringer_innen nach Absatz 5 ist ein wesentlicher Aspekt in einem multiprofessionellen Team.</p>
4	3		<p>Anstelle einer vertraglichen Integration von Ergotherapeut_innen, Soziotherapeut_innen und Leistungserbringer_innen von psychiatrischer Krankenpflege in den Netzwerkverbund nach § 4 Absatz 4 verpflichtende Kooperationsverträge mit den drei genannten Leistungserbringer_innen sollte auch die Möglichkeit von Kooperationen mit diesen Leistungserbringern vorgesehen werden.</p>	<p>Aus Sicht des CBP ist die Position des GKV-SV zur Bestimmung der Mindestgröße eines Netzwerkverbundes unterstützenswert , wonach am Netzwerk namentlich Leistungserbringer nach § 3 Absatz 4 verbindlich beteiligt werden sollten.</p> <p>Insbesondere in Regionen mit einer schwachen Versorgungsstruktur sollte der Aufbau eines Netzwerkverbundes nicht daran scheitern müssen, dass nichtärztliche Leistungserbringer_innen nicht zu einer festen vertraglichen Bindung imstande sind.</p> <p>Der CBP setzt sich auch hier für größtmögliche Flexibilität im Interesse der flächendeckenden Sicherstellung dieser Leistung ein.</p> <p>Es ist sicher zu stellen, dass Netzwerkverbünde auch in kleinerem Rahmen in strukturschwachen unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen entstehen können. An ihre Entwicklung dürfen nicht zu hohe Hürden geknüpft sein ebenso wie ihre Finanzierung nicht von</p>

				<p>Mindestfallzahlen abhängig sein soll.</p> <p>Ein weiterer unerlässlicher Punkt für eine kluge, strukturierte und wirksame Versorgung der Patient_innen ist das Zusammenführen Gemeindepsychiatrischer Leistungen aus dem SGB IX und Komplexleistungen aus dem SGB V. Hier besteht eine Chance einen Verbund aus den vorhandenen Strukturen, Sektoren und sozialleistungsübergreifend, verbindlich zu schließen und zu vergüten. Somit würde ein Meilenstein der psychiatrischen Versorgung gelegt, der flexible, wirksame Leistungen bedarfs- und fallspezifisch zusammenführt.</p>
4	4		<p>Voraussetzung für die Bildung eines Netzverbundes ist der Abschluss von Kooperationsverträgen mit jeweils mindestens 1. einem Krankenhaus im Sinne von § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen</p> <p>2. einer Leistungserbringer_innen die gemäß §64b SGB V oder §140a ff. SGBV bereits berufsübergreifende Komplexleistungen für Patienten mit psychischen Erkrankungen erbringen, und/oder (s. oben)</p> <p>3. einer Ergotherapeutin oder einem Ergotherapeuten und einer Soziotherapeutin oder einem Soziotherapeuten sowie mindestens einer Pflegefachperson nach Abs. 5 Nr. 1 bis 3. Die Kooperationsverträge enthalten Regelungen nach § 7. Weitere mögliche [DKG: Inhalte zur näheren Ausgestaltung der Zusammenarbeit] können zusätzlich</p>	<p>Der CBP unterstützt, dass zwei zentrale Voraussetzungen für die Bildung von Netzverbänden vorliegen müssen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kooperationsverträge mit mindestens einem Krankenhaus für psychiatrische Versorgung und einen psychosomatischen Schwerpunkt und 2. den Berufsgruppen der Ergo- und Soziotherapeut_innen, SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen sowie von Pflegefachkräften für psychiatrische häusliche Krankenpflege. <p>Wichtig ist auch der Grundgedanke einer nach Schweregrad gestuften Versorgung einschließlich der Vermeidung unnötiger Hospitalisierung, um die Patient_innen wieder in ein normales Alltagsleben zu integrieren und in ihrem häuslichen Umfeld zu stabilisieren.</p>

			<p>vereinbart werden. [KBV: Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer mit Kooperationsverträgen nach Nr. 1 sind bei Bedarf in die Versorgung nach dieser Richtlinie der jeweiligen Patientin oder des Patienten hinzuziehen, soweit und solange die Schwere der Erkrankung oder fehlende Verfügbarkeiten der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 dies erforderlich machen. Auf diese Weise sollen insbesondere Krankenhausaufenthalte vermieden oder verkürzt und die soziale Integration der Patientin oder. des Patienten gefördert und stabilisiert werden.]</p>	
4	5	PatV	<p>Vertreterinnen und Vertreter der Berufsgruppen nach § 3 Absatz 1 und 4 sollen bei Bedarf zur Versorgung hinzugezogen werden, wenn das Therapieangebot nicht durch den Netzverbund zur Verfügung gestellt werden kann. Der Netzverbund soll mit diesen auch Kooperationsabsprachen treffen, um die Teilnahme an den patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 1 Nr. 10 sicherzustellen.</p> <p>Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten. Vertreter dieser Berufsgruppen sind bei Behandlungen</p>	<p>Zu einer guten und zeitgemäßen strukturierten Versorgung sollten alle bestehenden und beteiligten Dienste/Leistungserbringer_innen/Interessensvertreter_innen hinzugezogen werden. Dies sollte sich am Bedarf der jeweiligen betroffenen Patient_in und deren sozialem Umfeld orientieren. Suchtgefährdete oder suchtkranke Menschen müssen ebenso in den Blick genommen werden wie Demenzkranke und Menschen mit Behinderung. Daher sollten die Nummern 7 und 8, wie von KBV und DKG gefordert, unbedingt ergänzt werden,</p> <p>Für diese Personengruppen sind komplementäre Angebote außerhalb des SGB V neben der spezifischen medizinischen Versorgung sehr wichtig, daher sollten sie dringend in die Liste der möglichen Leistungserbringer_innen, die als Komplementärangebote in eine Komplexversorgung einbezogen werden können, aufgenommen werden. Dies</p>

			<p>von Patientinnen und Patienten bis zum 21. Lebensjahr einzubeziehen, sofern eine besondere Expertise hinsichtlich transitionspsychiatrischer oder -psychotherapeutischer Aspekte erforderlich ist.</p> <p>Zur Adressierung des Versorgungsziels nach § 1 Absatz 3 Nr. 9 soll der Netzverbund mit folgenden Einrichtungen Kooperationsabsprachen treffen, damit Patientinnen und Patienten bei Bedarf strukturiert komplementäre Angebote und Hilfen in Anspruch nehmen können:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sozialpsychiatrische Dienste 2. Krisendienste 3. Psychosoziale und Suchtberatungsstellen 4. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe 5. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben 6. Selbsthilfeorganisationen. <p>Der Netzverbund sichert bei Bedarf im Einzelfall zudem die Hinzuziehung von Rehabilitationseinrichtungen sowie stationären oder ambulanten Pflegeeinrichtungen.</p>	<p>erleichtert auch den Leistungserbringer_innen nach § 92 Absatz 6b im Bedarfsfall die passgenaue Hinzuziehung der erforderlichen Hilfen für die jeweiligen Patientengruppen, ohne welche die soziale Integration und die Stabilisierung der Lebenssituation im Alltag nicht gelingen kann. Auf die Bedeutung der Selbsthilfegruppen haben wir weiter oben bereits ausführlich hingewiesen. Die Aufzählung der komplementären Angebote sollte nicht abschließend sein. Die Einrichtungen nach § 67 ff SGB XII müssen aufgenommen werden, da in den Hilfen in Besonderen Lebenslagen regelhaft zahlreiche schwer psychisch kranke Menschen mit komplexem psychiatrischem oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf auftauchen, die einer Unterstützung und Behandlung bedürfen. Einschlägige Studien gehen von einer Prävalenzrate von über 70% psychisch Erkrankter aus. (Fichter-Studie, Seewolf Studie: https://www.aerzteblatt.de/archiv/161496/Psychiatrische-Versorgung-Obdachlose-sind-haeufig-psychisch-krank , https://taz.de/psychisch-krank-und-obdachlos/!5651808/)</p>
--	--	--	--	---

4	7	DKG	Die in § 3 genannten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Netzverbund nach § 4 bilden, sind zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt, soweit sie die Voraussetzungen nach § 3 und § 4 erfüllen.	Von der Verankerung eines zusätzlichen Genehmigungsverfahrens sollte abgesehen werden. Sofern die am Netzverbund beteiligten Leistungserbringer_innen und Partner der Kooperationsverträge die Voraussetzungen nach den §§ 3 und 4 erfüllt sind, abzusehen. Daher wird im Interesse möglichst flächendeckenden Versorgung die Position der DKG unterstützt.
4	9	PaftV	Der Netzverbund ist für die Organisation der Leistungen nach dieser Richtlinie und die Erreichbarkeit verantwortlich. Er teilt der Kassenärztlichen Vereinigung, der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft folgende Informationen für eine Veröffentlichung des Verzeichnisses der bestehenden Netzverbände auf deren jeweiligen Internetseiten mit: Name, Adresse , Ansprechpartner, Erreichbarkeit, Kooperationspartner, Leistungsangebot. Die Informationen werden auf den Internetseiten barrierefrei veröffentlicht.	Gute Informationen und Transparenz über existierende Angebote im jeweiligen Bundesland sowie auch über die Zeiten der Erreichbarkeit der Netzverbände sind für die Patient_innen von maßgeblicher Bedeutung. Die Veröffentlichung im Internet sichert für die Patient_innen einen niedrig schwelligen Informationszugang. Die Veröffentlichung der Daten muss barrierefrei zur Verfügung gestellt werden.
4	10	KBV und PatV	Die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandelnden Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten sollten zur Gewährleistung der Kontinuität der	Um Versorgungsbrüche zu vermeiden und eine geordnete Überleitung in die neue Komplexversorgung zu gewährleisten, sind Fallbesprechungen mit den bisher behandelnden Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen sowie auch mit anderen an der Versorgung beteiligten nicht-ärztlichen Leistungserbringern (z.B. sozialpsychiatrische Dienste, Krisendienste, Pflegekräfte, Therapeut_innen)

		<p>Versorgung in angemessener Weise in die koordinierte Versorgung nach dieser Richtlinie einbezogen werden. Sie sollen von der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt oder von der Bezugpsychotherapeutin oder dem Bezugpsychotherapeuten in die Fallbesprechungen eingebunden werden und für regelmäßige Absprache und insbesondere zur Teilnahme an Fallbesprechungen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen. In Ausnahmefällen und in Absprache mit dem Behandlungsteam kann eine wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 begonnene Behandlung zusätzlich zur Versorgung nach dieser Richtlinie fortgesetzt werden.</p> <p>[PatV: In Ausnahmefällen und in Absprache mit der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugpsychotherapeutin oder dem Bezugstherapeuten können ärztliche und nicht-ärztliche Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer, die weder Mitglied des Netzverbands noch über Kooperationsverträge oder bei sonstigem Bedarf gemäß § 4 in die Versorgung nach dieser Richtlinie eingebunden sind, auf Wunsch der Patientin oder des Patienten an der Behandlung beteiligt werden. Patienten sind in angemessener Weise in den Behandlungsprozess als gleichrangige Partner zu integrieren.</p>	<p>dringend erforderlich. Das gilt auch umgekehrt für die Überleitung aus der Komplexversorgung nach dieser Richtlinie in die Regelversorgung. Um diese Kontinuität zu gewährleisten, muss es den Patient_innen ermöglicht werden, den Kontakt zu den bisherigen Behandler_innen aufrechtzuerhalten. Die bisherigen Leistungserbringer_innen sind daher auf Wunsch des Patienten/der Patientin in Fallbesprechungen einzubeziehen, auch wenn sie dem Netzverbund nicht angehören.</p>
--	--	---	---

5	1	KBV/PatV	Fachärzt_innen für Neurologie sollten in den Kreis der möglichen Fachgruppen der Bezugsärzt_innen einbezogen werden. Die Positionen von KBV und PatV werden daher ausdrücklich unterstützt.	Fachärzt_innen für Neurologie spielen u.a. bei der Versorgung von Patient_innen mit Demenz und anderer neurodegenerativer Erkrankungen oder mit erworbenen Hirnschädigungen eine wesentliche Rolle und sollte daher auch in den Kreis derer, die als Bezugsärzt_innen oder -psychotherapeut_innen fungieren, einbezogen werden.
5	2	DKG	Position soll übernommen werden.	Die Wünsche und das Einverständnis der Patientin oder des Patienten sind grundlegend für die Behandlungsplanung. Die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts ist sowohl in der Position von KBV als auch DKG enthalten. Aus Sicht des CBP ist eine Entscheidung darüber, wer die Funktion des Bezugsarztes/ der Bezugspsychotherapeutin wahrnehmen soll erst im Rahmen der Erstellung eines vorläufigen Behandlungsplans möglich. Nur wenn die Behandlungsplanung maßgeblich mit der Patientin oder dem Patienten gemeinsam und mit dem behandelnden Team erfolgt, sind Interventionen tragfähig.
5	3	KBV	KBV-Position soll übernommen werden, mit der Ergänzung das der Patient/die Patientin maßgeblicher Teil dieses Teams ist.	Für die Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie ist die Bildung eines patientenindividuellen und patientenzentrierten Behandlungsteams erforderlich. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut stellt das Behandlungsteam unter Beteiligung des Patienten zusammen. Das Behandlungsteam wird aus benannten und passenden Teilnehmern anhand des Bedarfes der Patientin/des Patienten aus dem Netzwerk gebildet. Kooperationspartner sind patientenindividuell einzubinden. Patientinnen und Patienten sind maßgeblicher Teil dieses Teams.
5	4	KBV/DKG	Die Position von KBV und DKG wird mit	Die Aufgaben des/der Bezugsarztes/der Bezugsärztin oder

			folgender Ergänzung unterstützt: Die Bezugärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut koordiniert oder delegiert die Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dem Gesamtbehandlungsplan.	psychotherapeut_in sollten in der Richtlinie klar benannt werden, ohne die Gefahr, ins Detail zu gehen und dabei wesentliche Aspekte nicht zu berücksichtigen, wie in der Position des GKV-SV/PatV erfolgt. Ergänzt werden sollten Fallbesprechungen, sofern im Einzelfall erforderlich, da sie für die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans ein wichtiges Element sein können.
6	1	PatV	Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt durch: an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer nach § 3 Absatz 4. In diesem Fall erfolgt die Übernahme der Koordination durch Verordnung der Bezugärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten. Auf diese Weise können auch Teile der Koordination auf nichtärztliche Leistungserbringer übertragen werden.	Eine abstrakt-generelle Festlegung, wer die Koordinationsverantwortung haben soll, wird den unterschiedlichen Voraussetzungen in der Versorgungsstruktur nicht gerecht. Um die Bildung auch kleinerer Verbände zu ermöglichen, muss es möglich bleiben, dass man innerhalb des Verbundes vertraglich darauf vereinbart, wer diese zentrale Funktion auf welche Weise ausfüllen soll. Allerdings muss sich diese Flexibilität auch in einer Vergütung widerspiegeln, die nicht an den EBM gebunden ist, sondern eine Koordinationspauschale vorsieht, die von allen im Netzverbund tätigen Leistungserbringern in gleicher Höhe abgerechnet werden kann.
6	2		Kann entfallen, siehe Begründung zu § 6 Abs. 1;	
7	1		Die am Netzverbund teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur sowie durch die Vereinbarung gemeinsamer Standards Sorge zu tragen,	Wesentlich für eine gute Versorgung der Patientengruppe ist eine rasche Anamnese und Diagnostik und eine Rund-um-die Uhr Betreuung, um Krisensituationen jederzeit abdecken zu können. Von zentraler Bedeutung bei der Patientenkommunikation sind alle Formen der „unterstützten Kommunikation“. In die Begründung aufgenommen werden

			<p>dass</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung erfolgt, 2. die Herstellung des Erstkontakts in der Eingangssprechstunde zum Netzverbund nach Überweisung oder Empfehlung zeitnah erfolgt (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). 3. die Diagnostik und der Beginn der Behandlung innerhalb des Netzverbundes zeitnah erfolgen (nach Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 2) 4. Eine einheitliche und barrierefreie Patientenkommunikation (gemeinsame Entscheidungsfindung, unterstützte Kommunikation) 5. Eine gemeinsame Dokumentation 6. Kann so übernommen werden 7. Eine 24 stündige Erreichbarkeit für Patientinnen und Patienten in Krisensituationen mindestens in Form einer Rufbereitschaft besteht 8. Regelungen zur Terminfindung innerhalb des Netzverbundes getroffen werden. 9. regelmäßig Netzverbundkonferenzen stattfinden. 	<p>sollte, dass die Kommunikation barrierefrei erfolgen muss, ggf. unter Hinzunahme von Sprach- und Gebärdendolmetschern und in einfacher Sprache.</p> <p>An den regelmäßigen Fallbesprechungen und der Planung der Behandlung ist der Patient/die Patientin aktiv zu beteiligen.</p> <p>Dieses Prinzip stellt sicher, dass eine Kommunikation auf Augenhöhe stattfindet und Behandlungen nicht deshalb scheitern, weil der Patient/die Patientin keine Möglichkeit hatte, die Behandlung aktiv mitzugestalten.</p>
--	--	--	--	---

			<p>10. patientenorientierte Fallbesprechungen im Behandlungsteam unter Einbeziehung der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden. [Ergänzung CBP:] Der Patient/die Patientin sind aktiv an der Behandlungsplanung zu beteiligen. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach dem Erstkontakt mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen</p> <p>11. kann so übernommen werden</p>	
7	3	KBV/DKG	Kann so übernommen werden	Für eine zeitnahe und niedrigschwellige Kommunikation mit den Behandelnden müssen auch sichere digitale Medien nutzbar sein (Videosprechstunde). Diese haben sich in der Pandemie sehr bewährt, wie z.B. in der Soziotherapie. Die Formulierung sollte so offen erfolgen, dass die Weiterentwicklungen der technikgestützten Kommunikationsformen jederzeit integriert werden kann. Daher sollte in der Begründung die Formulierung der DKG übernommen werden.
7	4	KBV/PatV	Kann so übernommen werden mit Ergänzung KBV [Eine entsprechende digitale Plattform wird durch die zuständigen Kassenärztliche Vereinigung zur Verfügung gestellt.]	Neben der Funktion des Bezugsarztes/der Bezugsärztin bzw. -psychotherapeutin sollte es die Funktion einer Netzwerkbeauftragten geben, die das therapeutische Angebot abseits des individuellen Behandlungsfalls koordiniert. Die Begründung verweist hier auf eine Funktion analog zu der des Regionalkoordinators/in bei den Hospiz-

				und Palliativnetzwerken. Der Netzwerkbeauftragte muss die Akteure der regionalen Versorgungsstruktur kennen und mit den Ansprechpartnern der betreffenden Institutionen in Kontakt stehen. Seine Aufgabe ist die Vermittlung von Kontakten zu den regionalen Versorgungsangeboten – auch außerhalb des engeren SGB V-Bereichs. Eine weitere Funktion könnte darin bestehen, das Angebot des Netzwerkverbands in der Öffentlichkeit bekannt zu machen.
8	1	KBV/DKG/PatV	1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf der [KBV/DKG/PatV: Überweisung oder] der Empfehlung, sofern der direkte Zugang nicht bei einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer nach § 3 erfolgt ist, die oder der Teil des Netzwerkverbands ist.	Die Absenkung der Hürden für den Zugang der hier betroffenen Patientengruppe ist eine wesentliche Voraussetzung für eine Verbesserung ihrer Versorgungssituation. Der einfachste Weg in die Versorgung ist neben der Empfehlung, die alle Bänke des G-BA befürworten, das Instrument der Überweisung. Daher wird die Position von KBV/DKG/PatV hier nachdrücklich unterstützt.
7	2	PatV	Eine [KBV/DKG/PatV: Überweisung oder] Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 Absatz 2 mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf ausgesprochen werden durch 1. Alle Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, 2. Sozialpsychiatrische Dienste oder 3. Psychosoziale Beratungsstellen	Der CBP unterstützt die Position der PatV, die neben allen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeut_innen ausdrücklich auch die niedrigschwellige Empfehlung durch den sozial/-gemeindepsychiatrischen Dienst oder andere psycho-soziale Beratungsstellen vorsieht. Gerade der betroffene Personenkreis wendet sich im Erstkontakt an diese Beratungsstellen. Die Position der PatV wird daher mit Nachdruck unterstützt. Es ist zu überlegen, ob nicht weiteren Akteuren im Sozialraum, wie z.B. Selbsthilfegruppen die Möglichkeit einer Empfehlung eingeräumt werden kann.

8	3		<p>Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann vor Entlassung aus einer teil-, vollstationären oder stationsäquivalenten psychiatrischen, psychotherapeutischen, psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung im Rahmen des [GKV-SV/KBV/DGK: Entlassmanagements] [KBV/PatV: durch eine entsprechende Fachärztin oder einen entsprechenden Facharzt oder eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten] in der Einrichtung ausgesprochen werden.</p>	<p>Auch Krankenhäuser und Rehaeinrichtungen, die stationäre, teilstationäre oder stationsäquivalente Behandlungen für die betroffene Patientengruppe erbringen, sollen ausdrücklich die Möglichkeit der Empfehlung einer Anschlussversorgung nach dieser Richtlinie erhalten, um Versorgungsbrüche zu vermeiden.</p>
8	4		<p>Mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten vermittelt die empfehlende Leistungserbringerin oder der empfehlende Leistungserbringer oder die empfehlende Einrichtung [KBV/DKG/PatV: dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten] Netzwerk unmittelbar einen Termin. Bei der Wahl des Netzverbundes ist der Patientenwille zu berücksichtigen.</p>	<p>Der Patientenwille ist unbedingt erforderlich – andernfalls ist die Tragfähigkeit der Behandlung nicht gegeben!! Der Einbezug des sozialen Umfeldes ist auch hier maßgeblich für den Erfolg der Behandlung / Genese/ Recovery. Der Satz zur Wahl des Netzverbundes impliziert den Prozess der Informationsvermittlung und Übersicht über die bestehenden Wahlmöglichkeiten, den GKV-SV und PatV in § 4 Satz 1 separat regeln wollen. Dieses Satzes bedarf es daher nicht. Um Versorgungsbrüche zu vermeiden, ist die unmittelbare Terminvermittlung erforderlich.</p>
8	5	GKV-SpV	<p>Kann so übernommen werden.</p>	<p>Mit der Eingangssprechstunde verbunden ist eine erste Abklärung, die Eingangssprechstunde ist insoweit der erste Schritt nach Überweisung/Empfehlung, dem eine differentialdiagnostische Abklärung erst folgt. Die von GKV-SV geforderte 3-Tages-Frist für eine differentialdiagnostische Abklärung mag zeitlich zu ambitioniert erscheinen, ist abeei überschaubarer Rahmen der gewährleistet, dass ein großer Anteil der Patientinnen und Patienten den zweiten Termi</p>

				tatsächlich wahrnimmt.
8	6	KBV/DKG/PatV	Netzverbände nach § 4 Absatz 1 bieten ein Assessment einschließlich der Prüfung, ob die Voraussetzungen nach § 2 erfüllt sind, [KBV/DKG/PatV: im Rahmen einer Eingangssprechstunde [DKG/PatV: oder zeitnah im Anschluss an diese] an.	Es ist zwischen Assessment bzw. differenzialdiagnostische Erst-Abklärung und differenzialdiagnostischer Abklärung zu unterscheiden. Im Rahmen der Eingangssprechstunde kann nur eine differenzialdiagnostische Erst-Abklärung (Assessment) erfolgen.
9	1	PatV	[DKG/PatV: Im Rahmen des Assessments nach § 8 Abs. 6] erfolgt eine psychische, somatische und soziale (Erst)Diagnostik und Indikationsstellung durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer [KBV/DKG:nach § 3 KBV: Absatz 1 bis 5] Absatz 1 Nummer 1 bis 5. Dabei wird das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 überprüft und sofern diese erfüllt sind, ein [KBV: Gesamtbehandlungsplan] erstellt. Zudem wird die Bezugärztin oder der Bezugsarzt [KBV/PatV: oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut] festgelegt. Die [DKG/PatV: Wünsche der Patientin oder des Patienten] sind zur berücksichtigen	Im Rahmen der Eingangssprechstunde sollte nicht nur ein vorläufiger Behandlungsplan, sondern ein Gesamtbehandlungsplan erstellt werden. Dabei sind die Wünsche der Patienten zu berücksichtigen. Der Begriff „Patienteninteresse“ ist zu unspezifisch und berücksichtigt nicht hinreichend die subjektive Perspektive des Wunsch- und Wahlrechts.
9	2	DKG/PatV	Keine Übernahme	Da der CBP eine Finanzierung über Pauschalen gegenüber einer (möglicherweise intendierten?) bloßen Erweiterung des EBM präferieren würde, kann hier keine der vorgeschlagenen Formulierungen übernommen werden.
9	3		Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder	Ein Aufzeigen und Vermitteln von Ressourcen außerhalb des Gesundheitssystems tragen wesentlich zur Stabilisierung

			Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden. Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll geprüft werden, ob Hilfen für Kinder [KBV/DKG/PatV: oder An- und Zugehörige] der Patientin oder des Patienten erforderlich sind.	und dem Recoveryprozess der Betroffenen bei. Dies sollte auch das Vernetzen zu weitergehenden Angeboten im SGB IX bedeuten, wenn langfristige koordinierte Hilfen benötigt werden, wie in der Begründung der PatV ausgeführt. Sehr wichtig ist es auch, den Hilfebedarf des sozialen Umfelds der/des Patient_in zu ermitteln. Dies gilt insbesondere für Kinder, die durch die psychische Erkrankung ihrer Eltern vielfältigen Belastungen ausgesetzt sind, aber auch für an- und zugehörige Erwachsene.
9	4	KBV/PatV und DKG	Keine Übernahme	Es ist kein Grund erkennbar, warum der Beginn der Versorgung der Krankenkasse gesondert angezeigt werden sollte. Eine solche Anzeigepflicht bedeutet nur eine bürokratische Belastung des Netzwerkverbunds.
9	5		Keine Übernahme	
9	6	GKV-SV	Keine Übernahme	Der vom GKV-SV vorgeschlagene Regelungsinhalt des § 9 Absatz 6 ist bereits in § 4 Absatz 10 (Position KBV) enthalten, der von CBP unterstützt wird.
9	7	KBV/PatV	Patientinnen und Patienten sollen nach Möglichkeit und Wunsch eine aufsuchende, multiprofessionelle Behandlung im Lebensumfeld erhalten, um die Erreichung der Therapieziele sicherzustellen und die ambulante Behandlung zu ermöglichen. [KBV: Dies kann insbesondere durch eine koordinierte Zusammenarbeit mit den jeweiligen gemeindepsychiatrischen Verbänden ermöglicht werden. Die aufsuchende multiprofessionelle Therapie kann durch alle Mitglieder des Netzwerkverbundes erfolgen. Diese ist Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans	Für den Erfolg der Behandlung entscheidend ist die Stabilisierung des Patient_innen in seinem (häuslichen) Lebensumfeld. Daher sollte auch mobil zugehend eine multiprofessionelle Behandlung im Lebensumfeld möglich sein. Wesentliches Scharnier ist die Zusammenarbeit mit den gemeindepsychiatrischen Diensten, mit dem Ziel der Stärkung der Eigenkompetenz und der Förderung der sozialen Kompetenzen sowie der Stärkung der sozialen Netzwerke. Die Formulierung: „ Voraussetzung für die Durchführung der multiprofessionellen Versorgung im Lebensumfeld ist die Eignung des Lebensumfeldes“ ist zu streichen. Auf Patientenwunsch ist das Lebensumfeld miteinzubeziehen, dies muss auch bei der zugehenden multiprofessionellen Behandlung im Lebensumfeld somit in

			<p>und wird durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten koordiniert. Im Rahmen der Anlage umfasst sie insbesondere folgende Maßnahmen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stärkung der Eigenkompetenz z. B. durch Psychoedukation und Recoveryunterstützende Angebote 2. Förderung von sozialen Fähigkeiten und Kontakten, z. B. durch soziales Kompetenztraining und Hilfeintegration, Coaching durch Genesungsbegleiter 3. Information und Einbezug des relevanten sozialen oder betreuenden Lebensumfeldes. Voraussetzung für die Durchführung der multiprofessionellen Versorgung im Lebensumfeld ist die Eignung des Lebensumfeldes. Sofern Minderjährige im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten leben, ist das Kindeswohl besonders zu berücksichtigen.] 	<p>jedem Einzelfall gegeben sein und darf nicht von Voraussetzungen abhängig gemacht werden (Eignung des Lebensumfelds). Eine netzwerktherapeutische Leistung führt in der Regel zu Genesungsförderung des/der Betroffenen und Ihrem/dessen Umfeld. Durch eine Beurteilung der Eignung propagiert das medizinisches Personal vorab komplexe zwischenmenschliche Prozesse kategorisiert und ausschließt. Also eine Weiterführung des veralteten Verständnis von Behandlung im Bereich der seelischen Gesundheitsversorgung.</p>
10	1		<p>Auf Basis [DKG/PatV: des Assessments] wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt [PatV/KBV: oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten] erstellt. Bei der Erstellung des</p>	<p>Der Gesamtbehandlungsplan darf nicht nur den ärztlichen, psychotherapeutischen und pharmakologischen Handlungsbedarf sowie den Bedarf an Versorgung durch Heilmittelerbringung ausweisen, sondern muss zwingend auch den pflegerischen Bedarf und insbesondere den Bedarf an psychiatrischer häuslicher Krankenpflege ausweisen. Die Heilmittelerbringergruppen, die in der Richtlinie explizit genannt sind, wie die Ergotherapeut_innen und Soziotherapeut_innen sind explizit zu benennen.</p>

			<p>Gesamtbehandlungsplanes sind an der Behandlung beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen einzubeziehen. Der Gesamtbehandlungsplan enthält Angaben zum möglichen Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen, psychotherapeutischen sowie psychiatrisch-pflegerischen und sonstigen pflegerischen Maßnahmen und den Bedarf an [GKV-SV/PatV: Soziotherapie und psychiatrischer Krankenpflege und Ergotherapie]</p>	
9	2		<p>Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer verbindlich. Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht an der Behandlung beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, hat eine Abstimmung mit der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt [KBV: oder der Bezugpsychotherapeutin oder dem Bezugpsychotherapeuten] [GKV-SV/PatV:nach Absatz 1] zu erfolgen.</p>	<p>Der Gesamtbehandlungsplan ist kein statisches Erhebungsmittel. Bedarf verändern sich kontinuierlich ein Gesamtbehandlungsplan sollte flexibel genug sein um eben nach der entsprechenden Leitlinie verlaufsdynamisch handeln zu können (Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen). Um eine fließende Komplexbehandlung im Sinne dieser Richtlinie zu erbringen, können keine klaren Kontingente bestimmter Leistungsbausteine definiert werden – sonst wäre die Leistung nicht Personen, Bedarf und Fallspezifisch.</p>
10	3	GKV-SV/KBV/DKDG	Kann so übernommen werden.	<p>Da schwere psychische Erkrankungen in vielen Fällen mit somatischen Komorbiditäten einhergehen, ist im Sinne eines</p>

				ganzheitlichen Behandlungsansatzes auch der Bedarf an Behandlungen von somatischen Erkrankungen im Behandlungsplan zu erfassen.
10	4		Wird so übernommen	Es sollte Krisen – Recovery und Genesungsplan heißen
11		KBV/DKG	Wird so übernommen mit folgenden Ergänzungen aus der Position der PatV Nummer 1: „die Vernetzung und Sicherstellung der Kommunikation mit anderen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern.“	Bei den Koordinationsaufgaben ist vor allem die Sicherstellung der Adhärenz und Compliance der Patient_innen von hoher Relevanz für den Therapieerfolg. Die Position von KBV/DKG wird vollumfänglich unterstützt. Aus der Position der PatV sollte noch das Element der Sicherstellung der Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringer_innen ergänzt werden. Das verpflichtende Aufsuchen des Patienten im häuslichen Umfeld mindestens einmal im Quartal, wie vom GKV-SV gefordert, wird abgelehnt, da es in bestimmten Fallkonstellationen sogar zum Abbruch der Behandlung führen könnte; statt eines verpflichtenden Turnus muss auf die Situation im Einzelfall abgestellt werden.
12	1			§ 12 regelt den Sektorenübergang aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung, sofern dieser im Einzelfall gegeben ist. Wichtig ist ein möglichst frühzeitige Erfassung des Bedarfs an ambulanter Anschlussversorgung i.S. dieser Richtlinie.
12	2	KBV/DKG	[KBV/DKG: Nimmt ein Krankenhaus [DKG: gemäß § 3 Absatz 2] an der Versorgung nach dieser Richtlinie teil und liegen ihm Informationen vor], dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus den Entlassbrief beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die	Die koordinierende Person für die Versorgung nach dieser Richtlinie sollte nicht nur den Entlassbrief erhalten, sondern frühzeitig vom Krankenhaus über das voraussichtliche Datum des Entlasstages informiert werden, um rechtzeitig die zu beteiligenden Behandler zu informieren.

			Bezugsärztin oder den Bezugsarzt [KBV: oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten] und informiert diese/n über das voraussichtliche Datum des Entlasstags.	
12	3		[DKG/KGV/PatV: Nimmt ein Krankenhaus gemäß § 3 Absatz 2 an der Versorgung nach dieser Richtlinie teil und stellt im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest], nimmt das Krankenhaus mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Netzverbund nach § 4 auf und übermittelt [GKV-SV/KBV: diesem] das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Für die Patientin oder den Patienten wird ein Termin zur differentialdiagnostischen Abklärung [KBV/DKG/PatV. In der Eingangssprechstunde] vereinbart. Der Termin hat spätestens [KBV/DKG/PatV: sieben Werktage] nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung zu erfolgen. [PatV: Krankenhäuser, die nicht an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen, sollen entsprechend vorgehen].	Wichtig ist auch zu regeln, wie nicht an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmende Krankenhäuser, die die hier betroffene Patientengruppe behandelt haben, vorgehen müssen. Darauf hat die PatV hingewiesen.
13	1	KBV/DKG	Eine Beurteilung des	Die Position von GKV/PatV, wonach regelmäßige

			<p>Behandlungsfortschritts und die Erreichung der im Behandlungsplan festgehaltenen Therapieziele sind regelmäßig, mindestens jedoch quartalsweise, durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt [KBV: oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und sofern erforderlich in Abstimmung mit dem patientenindividuellen Behandlungsteam nach § 4] [Ergänzung CBP: unter Einbeziehung des Patienten/der Patientin] vorzunehmen. Sofern erforderlich sind die Therapieziele des Behandlungsplans anzupassen.</p>	<p>Kontrolluntersuchungen, deren Frequenz auch noch festgelegt werden soll, stattfinden sollen, ist abzulehnen. Welche Maßnahmen im Einzelnen erforderlich sind, ist einzelfallabhängig und die Beurteilung soll durch die Bezugärztin/den Bezugsarzt erfolgen. Bei dieser Entscheidung ist der Patient/die Patientin zwingend einzubeziehen.</p> <p>Der Erfolg der Interventionen hängt in hohem Maße von der Compliance der Patientinnen und Patienten ab. Das dialogische Prinzip und eine gemeinsame Entscheidungsfindung muss über den gesamten Behandlungsprozess hinweg ein tragendes Prinzip der Behandlung sein.</p>
12	2	KBV/DKG	<p>Sind die Therapieziele erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, soll die Patientin oder die Patientin die Regelversorgung [KBV: außerhalb der Richtlinie] überführt werden. Hierzu erstellt die Bezugärztin oder der Bezugsarzt [KBV: oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut] einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält. Sie oder er vereinbart, sofern erforderlich, Folgetermine mit den für die weitere Versorgung erforderlichen Leistungserbringern, insbesondere hinsichtlich einer erforderlichen Rezidivprophylaxe oder der Überführung</p>	<p>Die Position von GKV-SV und PatV, wonach das Vorliegen der Voraussetzung für die Behandlung nach dieser Richtlinie im starren Halbjahresturnus geprüft werden soll, wird abgelehnt. Des Weiteren bedarf es einer auf den Einzelfall ausgerichtete, passgenauen Übergangsregelung für die Überführung der Patient_innen in die Regelversorgung außerhalb dieser Richtlinie. Daher wird die Position von KBV/DKG hier unterstützt. Sehr wichtig ist dabei auch der Aspekt der Rezidivprophylaxe, um durch Weiterbehandlung in der Regelversorgung außerhalb dieser Richtlinie eine Chronifizierung zu vermeiden.</p>

			in andere Versorgungsformen.	
13	3	KBV/DKG	Bei einer Behandlungsdauer im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie von länger als einem Jahr ist ein Assessment [KBV: nach § 2] durch einen weiteren Leistungserbringer nach § 3 Absatz 1 [KBV: Nr. 1 bis 5] aus dem Netzverbund, [KBV: der bisher nicht Teil des Behandlungsteams ist], durchzuführen. Das Ergebnis des Assessments ist in einer Fallbesprechung mit [KBV: dem Behandlungsteam] zu bewerten.	Eine Dauer über einem Jahr ist zu erwarten – eine Einschätzung von Leistungserbringern nicht am Behandlungsprozess beteiligter in Form eines Qualitätszirkels/Fallbesprechung ist förderlich – sollte aber kein Muss sein zur Legitimation der Weiterbehandlung/Begleitung.
14			[Ergänzung CBP:] Es insbesondere ist zu untersuchen, ob sich bundesweit Netzverbände gebildet haben, ob und wie die Netzkoordinatoren nach § 6 ihre Aufgabe tatsächlich erfüllen und ob die in § 2 benannte Zielgruppe erreicht wird.	Für die Evaluation dieser Richtlinie muss ein ausreichender Zeitraum der Erprobung zur Verfügung stehen. 5 Jahre sind hier angemessen. Die Gegenstände der Evaluation sollten allerdings bereits in der Richtlinie selbst näher spezifiziert werden um die angestrebte Entwicklung zu verdeutlichen und die Evaluation auf die notwendigen Punkte zu beschränken.

Anlage Leistungsmodule

1) Assessment

- a. Herstellung des zeitnahen Erstkontaktes nach Überweisung / Empfehlung / Entlassung
- b. einführendes Beratungsgespräch, ggf. zusätzlich mit gesetzlichem Betreuer oder dem Bevollmächtigten oder Angehörigen über die Behandlungsziele und die Versorgungsleistungen
- c. Anamnese
- d. Abklärung der Teilnahmefähigkeit unter Nutzung eines Instruments nach § 2 Absatz 3 durch Bezugsarzt/-therapeut oder eine dirigierte Person der berufsübergreifenden, strukturierten Versorgung
- e. Prüfung der Einschlussvoraussetzungen nach § 2 f. Erhebung somatischer Komorbiditäten, ggf. bei Komorbidität Austausch mit behandelnden Ärztinnen oder Ärzten
- g. Kooperatives Assessment mit wechselhaftem Einbezug des voraussichtlichen Behandlungsteams

2) Erstellung des Gesamtbehandlungs- Krisen und Genesungsplans

- a. Erörtern der bisherigen Krisenerfahrung und daraus entstehenden Fragestellungen und Behandlungsmodalitäten für den Zeitraum der Teilnahme an dieser strukturierten Versorgung – hier besteht bereits die Empfehlung das Umfeld hinzuziehen (im Vorfeld kann dies durch eine soziale Netzwerkanalyse/Netzwerkkarte erarbeitet werden) um eine gemeinsame Einschätzung für die Beteiligung am Verlauf der Behandlung zu erlangen
- b. Berücksichtigung aller notwendigen Beteiligungen (berufsgruppen- und sektorenübergreifend) dieser strukturierten Versorgung
- c. Verschriftlichen der gemeinsam erarbeitenden Therapieziele in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten, dem einbezogenen Umfeld und dem Behandlungsteam
- d. Umfassende Information und Aufklärung der Patientin oder des Patienten und sofern gewünscht seiner Angehörigen über Krankheit, evidenzbasierte Verlauf und Prognose der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten
- e. Integration des individuellen Krisenplans (gemeinsam erarbeitet mit Patientin/Patient und dessen Umfeld) in den Gesamtbehandlungsplan
- f. Prüfung und ggf. Berücksichtigung der notwendigen Heilmittelverordnungen

3) Aufsuchende multiprofessionelle Behandlung

- a. Aufsuchende, bedürfnisangepasste multiprofessionelle Behandlung im Lebensumfeld der Patientin/des Patienten
- b. Einbezug des sozialen Umfeldes zur tragfähigen Umsetzung des Gesamtbehandlungs- Krisen und Genesungsplans
- c. Maßnahmen zur Stärkung der Ressourcenförderung und Selbstwirksamkeit
- d. Maßnahmen zur Stärkung der sozialen Kontaktfähigkeit in Bezug auf die individuelle Krisenerfahrung

4) Besondere Gespräche im Gruppensetting im Rahmen der Gesamtbehandlung

- a. Supportive Bedürfnisangepasste Gesprächs- und Kontaktangebote im Gruppensetting
 - Psychoedukation
 - Recovery (EX-In geleitet)
 - STEPS
 - Gruppengespräche mit Angehörigen
 - Spezifische bedürfnisangepasste Gruppenbehandlung anhand von Symptomerleben

5) Netzwerkgespräche

- a. Durchführung von Netzwerkgesprächen mit Patientin/Patient, Angehörigen/Umfeld, andere wichtige Personen (z.Bsp. gesetzliche Betreuung) nach den Prinzipien des „offenen Dialogs“
- b. Diese Gespräche sind supportive Gespräche für ein gemeinsames Verständnis der bisherigen Krisen (Krankheitserfahrung) und dem zukünftigen Umgang miteinander
- c. Die Moderation erfolgt aus zwei Personen des fallspezifischen Behandlungsteams
- d. Die Dauer beträgt 90 Minuten
- e. Diese Gespräche können im häuslichen Umfeld stattfinden
- f. Diese Gespräche werden fortgeführt in Absprache mit den beteiligten und eingeladenen Personen

6) Notfall- und Krisenversorgung

- a. Organisation und Einleiten des vorher erarbeiteten Notfall- und Krisenplans unter Einbezug der Patientin/des Patienten ggf. des Umfeldes
- b. Absprache mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst, Krisendiensten oder anderen geeigneten Kooperationspartnern
- c. ggf. Einzug in eine Rückzugs-/Krisenwohnung für die Dauer der Krisensituation
- d. (Nach-)Besprechung nach einem Notfall- oder Krisengeschehen mit der Patientin oder dem Patienten e. ggf. telefonische Erreichbarkeit (Rufbereitschaft) f. Erstellung und Anpassung des Kriseninterventionsplans

7) Fallbesprechung

- a. Patientenindividuelle Fallbesprechungen im Behandlungsteam und mit allen an der Versorgung Beteiligten (nach Möglichkeit mit der Patientin/ dem Patienten). Gegenstand sind neben medizinischen Aspekten auch pflegerische, rehabilitative, soziale und sonstige Fragestellungen.
- b. Dokumentation der Ergebnisse der regelmäßig stattfindenden Fallbesprechungen c. ggf. Einbeziehung zur Weiter-/Mitbehandlung durch die an den Netzverbund überweisenden Ärztinnen oder Ärzte oder Psychotherapeutinnen oder und Psychotherapeuten
- d. fachlicher Austausch zu Komorbiditäten e. Auswertung des Assessments z.B. nach § 13 Absatz 3 mit Behandlungsteam

8) Überleitungsmanagement

- a. Erörterung des Übergangs aus der Behandlung nach dieser Richtlinie in eine Folgebehandlung mit der Patientin oder dem Patienten.
- b. ggf. Koordination einer Folgebehandlung,
- c. Zusammenstellen relevanter Informationen aus der Versorgung nach dieser Richtlinie
- d. Verfassen eines Kurzberichts für den Weiterbehandelnden e. ggf. Abstimmung bei stationärer Einweisung oder Entlassung

9) Koordination und Management im Netzverbund

- a. Gewährleistung der Anforderungen an den Netzverbund
- b. Koordination der gruppentherapeutischen Angebote
- c. Versorgungsabklärung
- d. Gewährleistung des Behandlungsteams
- e. Dokumentation und Umsetzung der Qualitätssicherung
- f. Informationsbereitstellung zu spezifischen bundesweiten oder regionalen Hilfs - und Entlastungsangeboten (z. B. Pflegedienste, Beratungsstellen, Selbsthilfeorganisationen)
- g. Koordination der Zusammenarbeit mit gemeindepsychiatrischen Verbänden

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V., Reinhardtstraße 13, 10117 Berlin

Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input checked="" type="checkbox"/>
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input type="checkbox"/>
Wir nehmen nicht teil. Auch bei zeitlichen Änderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	<input type="checkbox"/>